

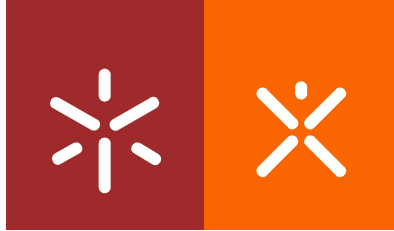


Universidade do Minho  
Instituto de Educação

Renata de Carvalho Vieira

**Participação de Fisioterapeutas em  
Equipes Multidisciplinares que atuam  
junto a alunos com Necessidades  
Educativas Especiais: um estudo  
Quantitativo em Escolas de Ensino  
Fundamental da Rede Pública de Manaus**

outubro de 2014



**Universidade do Minho**  
Instituto de Educação

Renata de Carvalho Vieira

**Participação de Fisioterapeutas em  
Equipes Multidisciplinares que atuam  
junto a alunos com Necessidades  
Educativas Especiais: um estudo  
Quantitativo em Escolas de Ensino  
Fundamental da Rede Pública de Manaus**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado em Educação Especial  
Área de Especialização em Dificuldades de Aprendizagem  
Específicas

Trabalho realizado sob a orientação da  
**Professora Doutora Anabela Cruz dos Santos**

outubro de 2014

Nome: Renata de Carvalho Vieira

Endereço eletrônico: isabelmb@uol.com.br

Telefone: 92 82406505

Número do Bilhete de Identidade: 533804

Título da dissertação: Participação de Fisioterapeutas em Equipes Multidisciplinares Que Atuam Junto a Alunos Com Necessidades Educativas Especiais: Um Estudo Quantitativo Em Escolas De Ensino Fundamental Da Rede Pública De Manaus.

Orientador: Professora Doutora Anabela Cruz Santos

Ano de conclusão: 2014

Designação do Mestrado: Mestrado em Educação Especial – Especialidade em Dificuldades de Aprendizagem Específicas

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTE TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Chegou o momento de agradecer a todos que participaram desse estudo.

À Deus, o criador de todas as coisas, por ter me permitido a oportunidade de viver, estudar e, ajudar as pessoas a terem uma qualidade de vida melhor.

Aos meus pais, José Luis e Nivalda, por trazer-me ao mundo, cuidar e me educar com muito carinho e amor, meus verdadeiros orientadores na arte da vida... ensinando-me o valor da humildade e batalhar em busca dos meus objetivos.

Pai e Mãe obrigada por tudo!

Agradeço profundamente à Professora Doutora Anabela Cruz dos Santos, minha orientadora, por nunca me deixar desistir, por me incentivar todos os dias, mesmo a distância.

Ao meu marido, Leonidas Pereira Bomfim, pelo amor, carinho, cuidado, apoio e incentivo para finalização desse trabalho. Sem sua presença tudo ficaria mais difícil.

Te amo marido!

Aos meus filhos, Leonardo, Juliana e Mariana, por suportarem a minha ausência, quando tive que me dedicar única e exclusivamente para realização desse trabalho.

Vocês são minha vida!

A minha irmã Raquel, melhor amiga, maior incentivadora que tive nessa caminhada, não me deixou desistir nos momentos de dificuldade e decisão.

Ao meu irmão Artur, que mesmo de longe torce por minhas conquistas.

Te amo irmão!

A minha Vó, Maria, que sempre foi muito presente na minha vida, e realmente mãe duas vezes.

Obrigada Vó por cuidar das crianças me permitindo assistir as aulas durante a noite, sem você nada disso seria possível!

A todas as escolas e participantes desse estudo, que sempre me receberam com tanto carinho.

Ao amigo Rodolfo Goes, que por vezes deixou seu trabalho para me auxiliar na estatística.

Obrigada querido!

A equipe da Fisioterapia da Fundação Hospital Adriano Jorge, minha família escolhida, que foram pacientes e me ajudaram nesta longa caminhada. Principalmente a você, Priscilla Guedes, corrigindo minhas escritas com tanto zelo e paciência e por escutar todas as minhas lamentações. A todos meu humilde muito obrigada!!

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo geral analisar e caracterizar o papel do fisioterapeuta nas equipes multidisciplinares no processo de aprendizagem dos alunos com alunos com necessidade educativas especiais do ensino fundamental da rede pública de Manaus, nas escolas Carlos Gomes, São Pedro e Senador Costa Brito.

Participaram neste estudo 100 profissionais que responderam a um questionário distribuído nas escolas da rede pública da cidade de Manaus.

Os resultados dessa pesquisa permitem concluir que: a) Entre o gênero houve diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao fisioterapeuta trabalhar as habilidades de transferência, b) Entre os grupos de idade houve diferença estatisticamente significativas no que se refere a importância de uma equipe multidisciplinar para atender os alunos, c) Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a formação acadêmica dos profissionais e diversas funções dos profissionais na escola, professores, pedagogos, fisioterapeutas, diretores em relação a dar mais tempo a criança com paralisia cerebral ou outro tipo de deficiência motora para realizar as tarefas, d) Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a verificação se o aluno com paralisia cerebral ou outro tipo de deficiência motora atingiu os objetivos e os profissionais que não possuem experiência profissional com alunos com NEE. O questionário aplicado apresenta razoáveis níveis de consistência interna ( $\alpha = .542$ ), através de resultados obtidos pelo Alpha de Cronbach.

Neste sentido, as recomendações são para que os gestores das escolas e os educadores da região preocupem-se com a adoção de novas abordagens e novos modos de ensinar a capacidade de atuação junto aos alunos com necessidades educativas especiais, fazendo uso de estratégias que possam servir de apoio ao seu processo de aprendizagem.

**Palavras-chave:** Fisioterapia; Necessidades Educativas Especiais; Equipe Multidisciplinar, Inclusão

## ABSTRACT

The present study aimed to analyze and characterize the role of the physiotherapist in multidisciplinary teams in the process of student learning with students with special educational needs of elementary education in public schools of Manaus, in schools Carlos Gomes, Peter and Senator Costa Brito.

In this study participated 100 professionals who responded to a distributed network of public schools in the city of Manaus questionnaire.

The results of this study allow us to conclude that: a) Among the statistically significant gender differences with regard to the physiotherapist working skills transfer, b) Between the age groups there was a statistically significant difference in regard to the importance of a multidisciplinary team to meet students, c) statistically significant differences were found between academic professionals and professionals in various functions of the school, teachers, educators, therapists, principals in relation to give more time a child with cerebral palsy or other physical disabilities to accomplish the tasks, d) statistically significant differences were found between checking if the student with cerebral palsy or other physical disabilities reached the objectives and professionals who do not have professional experience with students with SEN. The questionnaire provides reasonable levels of internal consistency ( $\alpha = .542$ ), results obtained by using Cronbach Alpha.

In this sense, the recommendations are for the managers of schools and educators worry the region with the adoption of new approaches and new ways to give rise to the ability to act with students with special educational needs, making use of strategies that can serve support their learning process.

Keywords: Physiotherapy; Special Educational Needs; Multidisciplinary Team, Inclusion

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS .....	iii
RESUMO .....	iv
ABSTRACT .....	v
LISTA DE TABELAS .....	viii
LISTA DE FIGURAS .....	ix
LISTA DE ANEXOS .....	x
Contextualização e Formulação do Problema .....	12
Finalidade do Estudo .....	14
Objetivos do estudo .....	14
Importância do Estudo.....	15
Organização e Conteúdos .....	16
CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA.....	18
1.1 A deficiência na atualidade: condições, definições e causas.....	18
1.2 Evolução Histórica da Educação Especial .....	21
1.3 A Educação Especial no Brasil .....	25
1.4 Educação Inclusiva e os desafios da inclusão em sala de aula.....	28
1.5 Fisioterapia e sua história.....	32
1.6 A Formação do Fisioterapeuta.....	33
1.7 O Papel do Fisioterapeuta junto a Equipe Multidisciplinar.....	36
CAPÍTULO II – METODOLOGIA .....	38
2.1 Desenho da investigação .....	38
2.2 Amostra .....	39
2.3 Instrumento de recolha de dados .....	43
2.4 Procedimentos de recolha de dados.....	44
2.5 Procedimento de análise dos resultados .....	44
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....	45
3.1 Análise Descritiva .....	45
3.2 Análise Inferencial .....	48
3.2.1 Gênero .....	48
3.2.2 Formação Acadêmica dos Profissionais.....	48
3.2.3 Idade.....	48
3.2.4 Anos de Serviço dos Participantes sem NEE.....	49
3.2.5 Função na Escola .....	49
3.3 Análise de Consistências Internas .....	50
3.3.1 Fidelidade .....	50
3.3.2 Fidelidade de interavaliador.....	53
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO .....	54

4.1 Discussão dos Resultados.....	54
4.2 Síntese Conclusiva .....	60
4.3 Constrangimentos do Estudo.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	63
ANEXOS.....	73



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 .....	46
Tabela 2 .....	50
Tabela 3 .....	52

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 .....	39
Figura 2 .....	40
Figura 3 .....	40
Figura 4 .....	41
Figura 5 .....	41
Figura 6 .....	42
Figura 7 .....	42
Figura 8 .....	43

## LISTA DE ANEXOS

Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	73
Anexo B: Carta de Anuência.....	74
Anexo C: Instrumento de recolha de dados - Questionário .....	75

## INTRODUÇÃO

## Contextualização e Formulação do Problema

Analisando-se a história do atendimento oferecido aos portadores de deficiência pode-se perceber que essa população é marcada por mudanças que vão da marginalização, segregação e abandono, às ações que visam integrá-las em ambientes de convivência com pessoas ditas ‘normais’.

Embora muito se tenha caminhado no sentido de reverter e mudar a visão distorcida a respeito da pessoa com deficiência, pouca coisa tem mudado. Segundo Aranha (2001), mesmo que a necessidade de inclui-las socialmente tenha invadido o discurso nacional, passando a ser amplamente debatida em diferentes contextos, este fato, ao invés de favorecer a compreensão sobre as condições de vida desse segmento permanece ressoando de maneira superficial e vazio de significação.

No campo da educação, conforme parecer de Fávero et. al. (2004), o Ministério da Educação, compromissado com a garantia do acesso e permanência de todas as crianças na escola, têm como meta a efetivação de uma política nacional de educação inclusiva fundamentada na ideia de uma sociedade que reconhece e valoriza a diversidade. O documento do Ministério Público intitulado ‘O acesso de Alunos com Deficiência às Escolas e Classes Comuns da Rede Regular’, segundo a autora, apresenta um referencial para a construção dos sistemas educacionais inclusivos, organizados para atender o conjunto de necessidades e características de todos os cidadãos.

Este referencial contém uma análise da legislação pertinente à educação especial e orientações pedagógicas que discutem a prática dos educadores. São considerações que traduzem os paradigmas atuais e defendem o acesso universal à escolaridade básica através da transformação da escola em um ambiente de convivência respeitosa, enriquecedora e livre de qualquer discriminação (Fávero et. al. 2004, p. 2).

No mesmo nível de reflexão, Cordovil (2009) destaca os artigos 206 e 208 da Constituição Federal e a Portaria nº 3.284/2003, bem como também a Conferência Mundial de Educação para Todos, que renovou o direito à educação independente das diferenças individuais, a Declaração de Salamanca, que provocou discussões importantes sobre este tema

e a Lei nº 7.853/89, regulamentada pelo Decreto nº 3.298/99, que dispõe sobre a Política Nacional para a integração da Pessoa Portadora de Deficiência.

Conquanto, salienta Cordovil (2009) que, mesmo após a concretização do amparo legal dos direitos dos portadores de deficiência, ainda não se percebe a efetiva aplicabilidade destas legislações, emergindo, neste contexto, segundo a autora, a necessidade de aprofundar o tema inclusão educacional dessa população, a fim de despertar na sociedade uma consciência crítica e respeito de suas diversidades.

A esse respeito Silva (2005) lembra que na contemporaneidade já não vale mais apenas questionar se a escola, em seus diferentes níveis deve ou não aceitar a matrícula de todos os alunos e alunas, uma vez que este é um direito constitucional garantido, mas sim levantar questionamentos sobre a necessidade das instituições de ensino e os docentes terem uma postura política de aceitação das diferenças e conhecimentos técnicos para saber trabalhar com aquelas diferenças relacionadas às necessidades educacionais especiais, decorrentes, por exemplo, de problemas de aprendizagem, de deficiências mentais e físicas e assim por diante.

Talvez a maior dúvida que paira no ar seja justamente a de podermos acreditar que o mesmo sistema social e escolar que historicamente exclui os sujeitos da Educação Especial possa agora incluí-los, sendo esse *incluir* entendimento como a presença e participação plena de cada um conforme suas características. Reafirmo a convicção de que as reformas legais não tem sido suficientes para garantir a acessibilidade universal aos bens e serviços disponíveis na sociedade. Mudam-se as leis e os códigos e símbolos escolares, reconstroem-se os contextos urbanos [...] mas as representações de inferioridade e impossibilidade daqueles nomeados e narrados como patológicos, anormais seguem cristalizadas (Silva, 2005, p. 16).

O fato é que o ingresso das pessoas com deficiência nas instituições educacionais tem sido, como afirma as produções teóricas sobre o assunto, marcada por situações difíceis e que por conta disso, muitos acabam abandonando sua trajetória escolar.

Mas, não restam dúvidas de que a inclusão representa a única e melhor solução para alunos, professores, pais e sociedade, pois põe em evidência um mecanismo discursivo que opera para assegurar a eficácia do discurso. A educação inclusiva é, portanto, um desafio da escola e esta deve estar preparada para trabalhar com as diversidades de modo a construir um novo conceito do processo de ensino-aprendizagem (Goes e Laplane, 2004).

Nas considerações de Faleiros et. al. (2002), percebe-se um avanço no que diz respeito a assegurar legalmente os direitos dessas pessoas. O que precisa ser feito é a execução de uma política nacional de inclusão, analisar as mudanças necessárias que favoreçam o desenvolvimento da educação inclusiva, e capacitar as instituições educativas a promover a aprendizagem, de todos os alunos.

Ou seja, mesmo diante das dificuldades, há que se proceder mudanças no âmbito escolar, fazer remodelação administrativas e físicas, sendo igualmente importante o apoio oficial.

Nas orientações das Diretrizes Nacionais para a Educação Especial (Brasil, 2007), a inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais em classes comuns, exige que a escola se organize de forma a oferecer possibilidades objetivas de aprendizagem, a todos os alunos, cabendo aos administradores a criação de procedimentos mais flexíveis de gestão, remanejar recursos pedagógicos, diversificar as opções educativas, estabelecer relações com os pais e comunidade.

Além disso, a escola precisa também desenvolver cuidados que envolvam o corpo, pois como afirmam Bardaró e Basso (2012), a saúde do aluno é um campo de atenção multidisciplinar, que envolve a interação de distintos profissionais das diversas áreas do conhecimento, inserindo neste contexto, o fisioterapeuta, que tem a escola como um dos campos de sua atuação, envolvendo a promoção, a prevenção e a assistência de saúde das crianças e dos adolescentes, por meio de ações direcionadas para a saúde corporal dos escolares, visando seu crescimento físico-motor, a boa postura corporal.

### Finalidade do Estudo

Este estudo tem como finalidade a identificação e a caracterização da participação dos fisioterapeutas com os demais profissionais das equipes multidisciplinares no processo de aprendizagem dos alunos com NEE do ensino fundamental da rede pública de Manaus, nas escolas Carlos Gomes, São Pedro e Senador Costa Brito.

### Objetivos do estudo

O objetivo desse estudo é analisar e caracterizar o papel do fisioterapeuta nas equipes multidisciplinares no processo de aprendizagem dos alunos com NEE do ensino fundamental da rede pública de Manaus, nas escolas Carlos Gomes, São Pedro e Senador Costa Brito.

Para o alcance deste objetivo desenvolveu-se os seguintes objetivos específicos:

- a) Elencar informações sobre a participação do fisioterapeuta nas equipes multidisciplinares que atuam no processo de aprendizagem dos alunos com NEE do ensino fundamental da rede pública de Manaus;
- b) Averiguar como são realizadas as sessões de fisioterapia nos alunos com NEE do ensino fundamental da rede pública de Manaus;
- c) Conhecer as limitações na atual formação dos fisioterapeutas, que atuam no processo de aprendizagem de crianças com NEE do ensino fundamental da rede pública de Manaus.

### Importância do Estudo

A idéia e a importância desse estudo está atrelado ao interesse da pesquisadora de ampliar conhecimentos sobre a criança com necessidades educativas especiais. Atuando há 17 anos como profissional de fisioterapia, tive a oportunidade de conviver com as diversidades das pessoas, situação esta que afeta muito as crianças, e muitas delas lutando com toda sorte de impedimentos no âmbito escolar.

Assim, com o interesse focado nos progressos, ou melhor, tentativas de progressos de inclusão da criança com necessidade educativa especial, principalmente no âmbito educacional, recorrer a este mestrado e ao desenvolvimento da temática no plano dissertativo para obter maior conhecimento sobre a questão, e assim poder atuar junto a esta população com a segurança proporcionada pelas ferramentas do conhecimento e da prática.

Não restam dúvidas de que um estudo dessa natureza contribui para o debate constante sobre os dilemas enfrentados pelas pessoas com deficiência na sociedade, bem como também para divulgar experiências bem-sucedidas para facilitar a inclusão social dessa população, como é o caso de muitos profissionais de Fisioterapia, que veem atuando

em equipes multidisciplinares direcionadas à inclusão e à qualidade de vida dos alunos com NEE.

A inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais (NEE) em rede regular de ensino tornou-se uma obrigação do estado, através do Decreto-lei 9.394 (Brasil, 1996), embora se perceba que essa inclusão apresenta deficiências em sua implantação, visto que a lei não beneficiou a aproximação dos profissionais de saúde da escola para propiciar o suporte técnico adequado à mesma.

As equipes multidisciplinares são o alicerce para que se desenvolva realmente um processo de inclusão – e não somente integração – do aluno com NEE, que é o que não se tem percebido nas escolas de ensino básico regular no Estado do Amazonas, que precisa, portanto, atuar de forma mais abrangente e unificada para que os alunos com necessidades educativas especiais tenham todo o apoio necessário em sua formação educacional e na qualidade de sua saúde.

### Organização e Conteúdos

Os vários tópicos abordados neste estudo estão divididos em (4) capítulos, além dessa introdução. No primeiro capítulo, que contempla a revisão de literatura, faz-se inicialmente uma exposição sobre as pessoas com deficiência física, abordando sua trajetória histórica e as definições que se apresentam sobre a deficiência em suas características gerais, abordando na sequência uma análise acerca da Educação Especial no Brasil, focando informações sobre a Escola Inclusiva, percorrendo mais adiante a respeito do trabalho multidisciplinar e acerca da Fisioterapia, privilegiando um enfoque sobre o papel do profissional que atua na área em Equipe Multidisciplinar.

O segundo capítulo é dedicado a identificação dos procedimentos metodológicos utilizados para a condução do trabalho, e à caracterização do objeto de estudo.

No Terceiro capítulo faz-se a apresentação dos resultados, onde são feitas todas as discussões dos pontos críticos pertinentes aos objetivos da pesquisa, com análise e interpretação dos dados levantados, comparando-se os resultados obtidos com os dados da literatura.



Finalmente, no quarto capítulo, faz-se a conclusão, que é uma síntese comentada das idéias essenciais e dos principais resultados obtidos, como tentativa de resposta aos objetivos formulados.

## CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA

Acredita-se que a sociedade baseada na inclusão só pode prosperar além da proposta se assumir, no dia a dia, a convivência natural entre os diferentes, atendendo às suas especificidades, desconstruindo as barreiras do comportamento e todas as formas de segregação mantidas pelo Estado e pela sociedade. A inclusão real é a possibilidade de cada cidadão fazer escolhas para sua vida. Conquanto, é preciso que sejam opções verdadeiras, porque todas recebem o mesmo apoio e têm o mesmo valor social (Maior, 2014).

Esta primeira parte da dissertação, dedicada ao marco teórico do estudo, expressa as principais idéias que se tem apresentado sobre a pessoa com deficiência, a educação especial, equipes multidisciplinares e profissionais de fisioterapia atuantes nos espaços escolares.

### 1.1 A deficiência na atualidade: condições, definições e causas

Mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo convivem com alguma forma de deficiência, dentre os quais cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis (Zoellick, 2011).

No Brasil, os dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia – IBGE no censo demográfico de 2010, sobre a prevalência dos diferentes tipos de deficiência e acerca das características das pessoas que compõem esse segmento da população, revelou que no país 23,9% dos entrevistados possuíam pelo menos uma das deficiências investigadas, quais sejam visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. A deficiência visual apresentou a maior ocorrência, afetando 18,6% da população brasileira. Em segundo lugar está a deficiência motora, ocorrendo em 7% da população, seguida da deficiência auditiva, 5,10%, e da deficiência mental ou intelectual, 1,40% (Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2012).

Em sua conceituação e causa, considera-se pessoa com deficiência aquela que apresente, em caráter permanente, perdas ou reduções de sua estrutura, ou função anatômica, fisiológica, psicológica ou mental, que gerem incapacidade para certas atividades, dentro do padrão considerado normal para o ser humano (IBC, 2014).

De acordo com Omote (1996), duas tendências se apresentam na conceituação de deficiência. A primeira considera a deficiência como algum atributo inerente à pessoa

deficiente, como algo que caracteriza seu organismo ou o seu comportamento. A segunda tendência é aquela para quem a delimitação do objeto de conceituação tem sido baseada em áreas supostamente específicas de comprometimento.

Dentro de uma nova perspectiva, frisa o autor que a conceituação de deficiência precisa levar em conta os fenômenos de natureza:

- a) Anátomo-fisiológica: lesões, malformações, disfunções e assim por diante;
- b) Somato-psicológica: manifestações psicológicas resultantes de alterações constitucionais, e;
- c) Psicossocial: autopercepção, identidade pessoal, autoconceito, entre outros, manifestados pela pessoa deficiente, além das reações das audiências, particularmente dos outros significativos e das agências de controle.

Ainda no bojo das análises de Omote (1996) as relações interpessoais e sociais entre o deficiente e suas audiências constituem elementos importantes para a construção e legitimação da deficiência sobreposta à pessoa identificada como deficiente.

A ICIDH<sup>1</sup>, conforme lembra Amiralian et. al. (2000) propõe uma classificação da conceituação de deficiência que pode ser aplicada a vários aspectos da saúde e da doença, quais sejam:

- a) Deficiência: perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente, incluindo-se nessa a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão.
- b) Incapacidade: restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como consequência direta ou é uma resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa, nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária.

---

<sup>1</sup>ICIDH – *World Health Organization. International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease* – Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Deficiências, incapacidades e desvantagens: um manual de classificação relativa às consequências da doença (AMIRALIAN et. al. 2000)

c) Desvantagens: prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades nas habilidades de sobrevivência.

Nos esclarecimento da mesma autora, sendo um referencial unificado para a área, estabelece, com objetividade, abrangência e hierarquia de intensidade, uma escala de deficiências com níveis de dependência, limitação e seus respectivos códigos, propondo que sejam utilizados com a CID pelos serviços de medicina, reabilitação e segurança social.

Ressaltando a fragilidade do modelo social de incapacidade, relativa aos adultos com múltiplas deficiências, Hall (1990 citado por Amiralian et. al. 2000) afirma que a utilização da ICIDH pode trazer benefícios científicos e práticos, incluindo formas de avaliar a qualidade de vida das pessoas, favorecendo a maior aceitação do seu registro como deficiente e uma melhor provisão de serviços.

Zola (1995 citado por Amiralian et. al. 2000), por outro lado, comenta que o poder da palavra de denominar as pessoas e a significação do estigma deveriam ser reconhecidos por todos, sugerindo como caminho para reverter o estigma contextualizar a relação com o corpo e com as deficiências, realizando uma mudança não nos termos, mas na gramática: nomes e adjetivos igualariam o indivíduo à deficiência.

Consideradas as muitas circunstâncias em que acontecem as deficiências, algumas não podem ser consideradas como incapacitantes. Mas, dependendo do grau e do tipo, as deficiências apresentam geralmente problemas para quem as possuem. Not (1990), em seus estudos indica alguns tipos de limitações provocadas pela situação de deficiência, quais sejam:

a) a limitação objetiva imposta pelo impedimento – insere nesse grupo a paraplegia, que impede o indivíduo de caminhar, de tomar condução sem ajuda de muletas ou de uma cadeira de rodas; a limitação séria da visão, que impede o indivíduo de ler instruções básicas de trabalho; uma amputação de mãos, que bloqueará os planos de uma pessoa para se tornar, por exemplo, um eletricista;

b) a limitação estabelecida pela sociedade – clubes podem não aceitar pessoas com deficiências sérias; escolas podem impedir o ingresso de alunos com paralisia cerebral, e assim por diante;

c) a limitação que o próprio indivíduo atingido estabelece – a pessoa vítima de uma paraplegia, por exemplo, pode considerar-se liquidada para a vida social; o indivíduo cego poderá não dispor a aprender Braille ou a aprender a andar sem a ajuda de terceiros.

Com bases nas informações de Amaral (1995), algumas entidades internacionais têm desenvolvido numerosos trabalhos para manter os pontos fundamentais que definem as bases filosóficas para o estabelecimento, a criação e o desenvolvimento de atividades destinadas a prestar assistência às pessoas com deficiência. Estes estudos, segundo a autora, resumem-se nas seguintes verdades:

a) o ser humano tem um valor próprio, intrínseco e inalienável, com direito ao respeito de todos os seus semelhantes;

b) sua dignidade independe de raça, inteligência, idade, credo, sexo, ideologia política ou integridade física;

c) ele é único, complexo, diferente de todos os seus semelhantes, só devendo ser considerado globalmente e nunca em partes estanques;

d) o ser humano, em qualquer circunstância, tem um potencial latente que precisa ser sempre enfatizado, apoiado e fomentado;

e) toda pessoa:

- é perfectível e tem condições de se superar;

- faz parte de uma sociedade na qual deverá ter seu papel;

- pode ter seu valor econômico, como colaboradora potencial no processo de produção de bens e serviços.

Considerando os princípios acima, verifica-se que tem sido ampla e constante a tentativa de dar um melhor atendimento às pessoas com deficiência, nos mais variados sentidos.

Como cita Amaral (1995), ainda que a deficiência de uma pessoa constitua-se um sério problema, principalmente em termos dos embaraços a si mesma, nada pode existir que a impeça de beneficiar-se dos meios convencionais que se faz uso para a vida em sociedade.

## 1.2 Evolução Histórica da Educação Especial

A literatura mostra que a Educação Especial, oferecendo atendimento educacional especializado, visa a atender as necessidades educacionais dos alunos para torná-los produtivos e integrados, e propicia a troca de experiências entre colegas, pais, educadores e comunidade.

Na concepção de Carvalho (1999), em seu conceito e destinação, a Educação Especial é uma modalidade de educação escolar, sem exclusividade e com conotação muito abrangente: vai além de uma concepção muito abstrata até questões como equipamentos, prestação de serviço, apoio e manejo curricular.

Mas nem sempre foi assim. Nos relatos de Mazzotta (2003), a defesa da cidadania e do direito à Educação das pessoas com deficiência é atitude recente no país. Nos comentários do autor:

Manifestando-se através de medidas isoladas, de indivíduos ou grupos, a conquistas e o reconhecimento de alguns direitos dos portadores de deficiências pode ser identificados como elementos integrantes de políticas sociais, a partir de meados do século XX (Mazzotta, 2003, p. 15).

Ainda com base nas argumentações do mesmo autor citado, somente quando o ‘clima social’ apresentou as condições favoráveis é que as pessoas com deficiência despontaram na sociedade, sensibilizando e impulsionando medidas para o seu atendimento, especialmente pela ação de homens e mulheres com deficiências, profissionais ou líderes que, tornando-se representantes dos interesses e necessidades das pessoas como eles (portadoras de deficiência), abriram espaços nas várias áreas da vida social para a construção de conhecimento e de alternativa de atuação, com vistas à melhoria das condições de vida de tais populações.

De acordo com as abordagens históricas de estudiosos sobre o atendimento educacional das pessoas com deficiência, foi principalmente na Europa que os primeiros movimentos pelo atendimento a essa população, se concretizaram em medidas educacionais que expandindo-se, chega ao Brasil.

As primeiras e principais tentativas e práticas com relação à educação de pessoas portadoras de deficiência, partiram (Mazzotta, 2003):

a) do médico Jean Marc Itard (1774-1838) – que mostrou a educabilidade de um ‘idiota’, denominado ‘selvagem de Aveyron’<sup>2</sup>. Este estudioso obteve êxito ao conseguir fazer com que o menino controlasse suas ações e lesse algumas palavras, empregando uma regra básica de aprendizagem, postulada por teóricos, tais como Thorndike e Hull, que significava ‘repetir experiência de sucesso’. O trabalho de Itard mostra a eficácia da instrução individual, da programação sistemática de experiências de aprendizagem e da motivação e recompensa.

b) de Edward Segui (1812-1889) – alunos de Itard e também médico, prosseguiu com o desenvolvimento dos processos de ensino para os gravemente retardados, a partir do ponto em que Itard ficou. Em vez de trabalhar com um só menino como fez Itard, estabeleceu o primeiro internato público da França para crianças retardadas mentais, e imaginou um currículo para elas. “Sua técnica era neurofisiológica, baseada na crença de que o sistema nervoso deficiente dos retardados podia ser reeducado pelo treinamento motor e sensorial”, explica Mazzotta (2003, p. 21), esclarecendo também que este estudioso desenvolveu amplos materiais didáticos pedindo aos professores que seguissem seus processos de treinamento sistemático, de modo também sistemático. “Usava, ainda, cores, músicas e outros meios para motivar a criança” salienta este autor.

c) de Johann J. Guggenbühl (1816-1863) – Médico que viveu na mesma época que Seguin. Embora não tenha obtido grande êxito no seu trabalho com retardados mentais severos, tornou-se famoso por seu trabalho em um internato em Abendberg, nos Alpes Suíços, baseado na combinação de tratamento médico e educacional, focalizando exercícios de treinamento sensorial.

d) Maria Montessori (1870-1956) – importante educadora que contribuiu para a evolução da educação especial. Médica italiana aprimorou os processos de Itard e Seguin, desenvolvendo um programa de treinamento para crianças retardadas mentais nos internatos de Roma. Suas técnicas para o ensino de retardados mentais foram experimentadas em vários países da Europa e da Ásia. “Montessori enfatizou a “auto-educação” pelo uso de materiais didáticos [...] blocos, encaixes, recortes, objetos coloridos e letras em relevos”, salienta Mazzotta (2003, p. 22).

---

<sup>2</sup>Uma criança, chamado Vítor, de doze anos, capturado na floresta de Aveyron, no sul da França, por volta de 1800.

e) Alice Descoedres – Médica belga elaborou uma proposta curricular para os retardados mentais leves. Sua orientação era a de que as atividades educativas deveriam ser desenvolvidas em ambiente natural, mediante instrução individual e grupal, focalizando deficiências sensoriais e cognitivas.

Com o tempo, muitas outras mudanças se processam nesse sentido. Em 1994, reuniram-se em Salamanca, Espanha, no período de 7 a 10 de junho, mais de 300 representantes de 92 governos e de 25 organizações internacionais, com o objetivo de promover a Educação para Todos, analisando as mudanças fundamentais de políticas necessárias para favorecer o enfoque da educação integradora, capacitando realmente as escolas para atender a todas as crianças, sobretudo às que têm necessidades educativas especiais.

A Conferência, organizada pelo governo espanhol, em cooperação com a Unesco, reuniu altos funcionários de educação, administradores, responsáveis por políticas e especialistas, assim como representantes das Nações Unidas e de organismos especializados, além de outras organizações governamentais internacionais, organizações não-governamentais e entidades patrocinadoras e aprovaram a Declaração de Salamanca, de princípios, política e prática das necessidades educativas especiais, e uma Linha de Ação.

Nas explicações de Mayor (1994):

Esses documentos inspiravam-se no princípio de integração e no reconhecimento da necessidade de ação para conseguir “escolas para todos”, isto é, instituições que incluam todo mundo, reconheçam as diferenças, promovam a aprendizagem e atendam as necessidades de cada um. Como tais, constituem uma importante contribuição para o programa com vista à Educação para Todos e para dar às escolas maior eficácia educativa (p. 5).

No entendimento dos organizadores da Declaração de Salamanca, os serviços educativos especiais, que afetam igualmente todos os países, não podem desenvolver-se isoladamente, mas devem fazer parte de uma estratégia global da educação e, evidentemente, de novas políticas sociais e econômicas, requerendo reforma considerável da escola comum. Nos comentários de Mayor (1994), a Declaração de Salamanca reflete um consenso mundial sobre os futuros rumos dos serviços educativos especiais. Deste modo, diz este autor:



UNESCO sente-se orgulhosa de haver participado desta Conferência e de suas importantes conclusões. Todos os interessados devem agora aceitar o desafio de agir de modo que a Educação para Todos signifique realmente PARA TODOS, especialmente para os mais desfavorecidos e os mais necessitados. O futuro não está definido, mas será configurado por nossos valores e por nossa maneira de pensar e agir. Nosso êxito, nos próximos anos, dependerá não tanto do que fizemos como dos frutos que formos colhendo de nossos esforços (Mayor, 1994, p. 5).

A partir, portanto, da Conferencia Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, que aprovou a Declaração de Salamanca, em junho de 1994, foi firmado o compromisso assumido para com a Educação para Todos, e reconhecida a urgência da educação para crianças, jovens e adultos com necessidades educacionais especiais, dentro do sistema regular de ensino. Como afirma Ribeiro (1998):

Reafirma-se, assim, o conceito da Escola Inclusiva, oferecendo-se toda uma estrutura de Ação em Educação Especial. Seria supérfluo e mesmo, impertinente, repetir aqui os princípios pressupostos que norteiam o documento [...] visto que a riqueza da Declaração já deve ter sido constatada e apreciada por todos. Mas essa Declaração constitui-se leitura obrigatória a todos que se dedicam à Educação Especial, normalmente aos representantes de órgãos públicos, ligados à Educação, que devem tê-la mesmo como “texto de cabeceira” (p. 43).

Nesta ótica, percebe-se que a Declaração de Salamanca coloca como evidente a co-responsabilidade de todos os que estão envolvidos no processo educativo, com a educação também do aluno com necessidades educativas especiais, descentralizando ações e propostas antes setorizadas, deixando claro a importância da conscientização e do papel decisivo de todos em prol da democratização da escola (Ribeiro, 1998).

No Brasil, o movimento em prol de um trabalho de qualidade junto aos alunos com necessidades educativas especiais, vem caminhando paulatinamente, contando, sobretudo, com a ajuda e estímulo de grupos de educadores e de profissionais da saúde que, aderindo à causa, vêm desenvolvendo trabalhos importantes nesse sentido.

### 1.3 A Educação Especial no Brasil

Define-se a Educação Especial como um processo educacional elencado em uma proposta pedagógica, com a finalidade de assegurar um conjunto de recursos e serviços educacionais especiais, organizados institucionalmente para apoiar, complementar, suplementar e, em alguns casos, substituir os serviços educacionais comuns, de modo a garantir a educação escolar e promover o desenvolvimento das potencialidades dos alunos que

apresentam necessidades educacionais especiais, em todos os níveis, etapas e modalidades da educação (Brasil, 2001).

Conforme as Diretrizes Nacionais para Educação Especial, a política de inclusão de alunos que apresentam necessidades educacionais especiais na rede regular de ensino não consiste apenas na permanência física desses alunos junto aos demais alunos, mas representa a ousadia de rever concepções e paradigmas, bem como desenvolver o potencial dessas pessoas, respeitando suas diferenças e atendendo suas necessidades (Brasil, 2001)

Em um passado mais distante, segundo a literatura pertinente, as condições eram bem diferentes, no Brasil, a organização dos serviços para atendimento de deficientes mentais e físicos caracterizava-se simplesmente como iniciativas oficiais e particulares isoladas.

Segundo Mazzotta (2003), a inclusão da ‘educação de deficientes’, da ‘educação dos excepcionais’ ou da ‘educação especial’ na política educacional brasileira vem a ocorrer somente no final dos anos 50 e início da década de 60 do século XX.

Assim revela o autor que a evolução da educação especial no país ocorreu em dois períodos:

a) de 1854 a 1956, quando surgem as primeiras iniciativas oficiais e particulares isoladas, como:

- a primeira providência concretizada por D. Pedro II, que por meio do Decreto Imperial nº 1.428, fundou, na cidade do Rio de Janeiro, o *Impérial Instituto dos Meninos Cegos*. Foi ainda D. Pedro II que, pela lei nº 839, de 26 de setembro de 1857, fundou, também no Rio de Janeiro, o *Imperial Instituto dos Surdos-Mudos*;

- ainda no segundo império, registros de ações voltadas para o atendimento pedagógico ou médico-pedagógico aos deficientes, como, por exemplo, o hospital Estadual de Salvador (hoje denominado Juliano Moreira) que, em 1874, iniciou assistência aos deficientes mentais;

- os estabelecimentos de ensino regular mantidos, já na década de 50, pelo poder público, sendo um federal e os demais estaduais, que prestavam algum tipo de atendimento escolar especial a deficientes mentais.

b) de 1957 a 1993, com as iniciativas oficiais de âmbito nacional, podendo-se destacar a:

- *Companhia para a Educação do Surdo Brasileiro*, criada pelo Decreto Federal nº 42.728, de 1957, com finalidades de promover por todos os meios a seu alcance, as medidas necessárias à educação e assistência, no mais amplo sentido, em todo o território nacional;

- *Companhia Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes da Visão*, vinculada à direção do Instituto Benjamin Constant, no Rio de Janeiro;

- *Companhia Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes Mentais* - CADEME, instituída em 1960, por influência de movimentos liderados pela Sociedade Pestalozzi e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais. Com a instituição da CADEME, foi criado um Fundo Especial, de natureza bancária, em conta no Banco do Brasil. Tal Fundo Especial era constituído por contribuições previstas nos orçamentos da União, Estados, Municípios e de entidades para-estaduais de economia mista; donativos, contribuições e legados particulares e assim por diante;

- o *Centro Nacional de Educação Especial* – CENESP, criado pelo Decreto nº 72.425, do Presidente Emílio Garrastazu Médici, em julho de 1973, com a finalidade de promover, em todo território nacional, a expansão e melhoria do atendimento aos excepcionais. Com a criação do CENESP, foram extintas a Companhia Nacional de Educação de Cegos e a Companhia Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes Mentais;

- a *Secretaria de Educação Especial* – SEESP – Surgida no final de 1992, órgão específico do Ministério da educação.

Estas e outras medidas justificaram o desenvolvimento de pesquisas com vista a contribuir para a construção da educação especial no Brasil.

Nas ponderações de Ribeiro (1998), em um dos mais importante ou principal instrumento para a Educação brasileira, a nova LDB, a Lei 9.394/96, também chamada Lei Darcy Ribeiro, a Educação Especial perde, finalmente, a categoria de coadjuvante, assumindo um lugar de destaque, haja vista sua posição de Capítulo V, no Título V, que fala “Dos Níveis das Modalidades de Educação e Ensino”.

A Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996 (A Educação Especial e Bases da educação Nacional) entende como educação especial a modalidade de educação escolar, preferencialmente oferecida na rede regular de ensino, para alunos portadores de necessidades especiais (Ribeiro, 1998).

Com a Declaração de Salamanca, o desenvolvimento das escolas inclusivas, enquanto meio mais eficaz de atingir a educação para todos, passou a ser mais reconhecido e a inserir-se como uma política chave dos governos e a ocupar um lugar de destaque na agenda do desenvolvimento das nações.

#### 1.4 Educação Inclusiva e os desafios da inclusão em sala de aula

Em 1986, a então Secretaria de Estado para a Educação Especial do Departamento de Educação dos Estados Unidos, Madaleine Will, fez um discurso que apelava para uma mudança radical no que se dizia respeito ao atendimento das crianças com NEE e em ‘risco educacional’ (Correia, 1995).

De acordo com Will (1986):

A solução passava pela cooperação entre professores, do ensino regular e da educação especial, que permitisse a análise das necessidades educativas dos alunos com problemas de aprendizagem e o desenvolvimento de estratégias que respondessem a essas mesmas necessidades (p. 411).

Nascia assim, um movimento chamado de “*Regular Education Initiative* (REI)” em que Will (1986) defendia “a adaptação da classe regular por forma a tornar possível ao aluno à aprendizagem nesse ambiente”.

Stainback&Bunch (1989) afirmavam que era cada vez maior o número de pais e educadores que defendia a integração da criança na classe regular, incluindo aquela designada tradicionalmente como severa ou profunda.

Por outro lado, outro grupo de investigadores e educadores discordava destas posições e levantava sérias dúvidas quanto à unificação da educação. Por exemplo, Braaten et. al. (1988) argumentavam que a investigação existente não apoiava claramente a idéia de que todo aluno pode ser ensinado com sucesso na classe regular e que aqueles que apoiavam a reestruturação radical ou a “unificação” do sistema dual não compreendiam a magnitude do problema.

O fato é que o modo como o aluno com necessidade educativa especial é inserido nas turmas de classes regulares, no entendimento de Vargas (2013) implica no resultado de sua aprendizagem, e geralmente, segundo a autora, este aluno é recebido como um dependente

diferente ou incapaz, visto pelos demais como alguém que precisa ser atendido de forma especial, tendo diante de si um professor perplexo e confuso, não necessariamente se esquivando de enfrentar o desafio proposto, mas em dúvida quanto à sua capacidade de conduzir um processo educativo que exige mais embasamento e preparação.

Na abordagem de Ross (1990), por longos anos, essas crianças foram ignoradas, mal diagnosticadas e maltratadas, recebendo variadas designações, dentre as quais, portadoras de ‘lesão cerebral mínima’, de ‘disfunção cerebral mínima’, ‘dificuldade na aprendizagem’ e assim por diante.

Nas observações das Diretrizes Nacionais para Educação Especial, estes indivíduos eram vistos como ‘doentes’ e ‘incapazes’, estando sempre em situação de desvantagem, ocupando, no imaginário coletivo, a posição de alvos da caridade popular e da assistência social, e não se sujeitos de direitos sociais (Brasil, 2001).

Nos relatos de Kassar (2004), como essas crianças eram reconhecidas como possuidoras de dificuldades de aprendizagem, eram encaminhadas aos serviços de educação especial.

Essas crianças eram vista como “deficientes mentais leve” e o serviço público passava a idéia de que, por meio do atendimento “especializado” das classes especiais, crianças com grandes dificuldades de aprendizagem estavam sendo atendidas (Kassar, 2004, p. 55).

Além disso, segundo ainda esta autora, essa população era separada dos demais alunos. Em muitos casos, a escola especial desenvolvia-se em regime residencial e, conseqüentemente, a criança era afastada da família e da sociedade. “Esse procedimento conduzia, invariavelmente, a um aprofundamento maior do preconceito”, assinala Kassar (2004, p. 57), esclarecendo que esta tendência reforçava não só a segregação das crianças que apresentavam dificuldades acentuadas de aprendizagem, mas também os preconceitos.

De acordo com as Diretrizes Nacionais para Educação Especial (Brasil, 2001), na tentativa de eliminar os preconceitos e de integrar os alunos portadores com deficiência na aprendizagem, surgiu o movimento de integração escolar. Entretanto, segundo este documento:

O aluno nesse processo, tinha que se adequar à escola que se mantinha inalterada. A integração total na classe comum só era permitida para aqueles alunos que conseguissem acompanhar o currículo ali desenvolvido. Tal processo, no entanto,

impedia que a maioria das crianças com necessidades educacionais especiais alcançassem os níveis mais elevados de ensino. Eles engrossavam, dessa forma, a lista dos excluídos do sistema educacional (Brasil, 2001, p. 21).

Por conta disso, surgem as primeiras tentativas de inclusão dos alunos com NEE em classes reguladoras. Mas elas, segundo Lira & Schlindwein (2011) provocavam nos alunos expectativas muitas vezes frustrantes, não por incompetência ou falta de capacidade intelectual dos mesmos, mas por negligência do sistema educacional ou da própria escola que não utilizava recursos didáticos adequados para a facilitação do processo ensino-aprendizagem.

E assim, a educação inclusiva, representou e ainda representa um desafio da escola e esta deve estar preparada para trabalhar com as diversidades. Como cita Correia (2003), o princípio da inclusão apela para uma escola que tenha em atenção à criança, proporcionando-lhe uma educação apropriada, orientada para a maximização do seu potencial.

Para Sasaki (1997) inclusão é:

Um processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir em seus sistemas sociais gerais pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. (...) Incluir é trocar, entender, respeitar, valorizar, lutar contra exclusão, transpor barreiras que a sociedade criou para as pessoas (p. 41).

O conceito de inclusão engloba três parâmetros essenciais: modalidade de atendimento, educação apropriada e serviços adequados. O conceito de inclusão deve compreender, portanto, um processo dinâmico que se proponha responder às necessidades dos alunos com NEE, provendo-lhes uma educação apropriada que considere esses terem níveis de desenvolvimento essencial (Correia, 1994).

Conforme explicita Mitler (2003, p. 49): “No campo da educação, a inclusão envolve um processo de reforma e de reestruturação das escolas como um todo, com o objetivo de assegurar que todos os alunos possam ter acesso a todos os gamas de oportunidades educacionais e sociais oferecidas pela escola”.

O movimento inclusivo tende a prescrever a classe de uma escola regular como o local ideal para as aprendizagens do aluno com NEE, pois é na companhia dos seus pares sem NEE, que este aluno encontrará o melhor ambiente de aprendizagem e de socialização, UE certamente o tornará capaz de maximizar o seu potencial. Uma escola inclusiva é, assim, uma escola onde toda criança é respeitada e encorajada a aprender até o limite de suas capacidades (Correia, 1994).

Na concepção de Fácion (2008) o diferencial da educação inclusiva é que a criança deve receber a educação sistematizada na sala de aula comum, com condições asseguradas de metodologia, recursos pedagógicos e de acessibilidade para que seja desenvolvida sua aprendizagem. Não é mais a criança que deve ser responsabilizada pelos seus déficits, mas é a escola que precisa se reestruturar para estar preparada para educar a todos.

Resumindo, a educação inclusiva constitui um paradigma educacional fundamentado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à ideia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola (Brasil, 2008).

Atualmente, já se tornou uma realidade nas redes públicas de ensino, alunos com necessidades especiais frequentarem a escola em salas de aula com inclusão. Isso é importante para que independentemente do tipo de deficiência e do grau de comprometimento, possam se desenvolver (Fácion, 2008).

Todavia, há que haver serviços de apoio especializados na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de educação especial, com o atendimento feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas do aluno, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular (Ferreira, 2001).

A provisão de serviços de apoio, segundo documento do Ministério da educação (MEC, 2006) é de fundamental importância para o sucesso de políticas educacionais inclusivas.

O apoio externo prestado por pessoal especializado, de distintos organismos, departamentos e instituições deverá ser coordenado em nível local. Cada profissional especializado em sua área específica desempenhará os serviços de apoio juntamente com o corpo docente da escola, unindo de maneira complementar as áreas da saúde e da educação (Jorqueira Neto & Blascovi-Assis, 2009).

O fisioterapeuta, um profissional capacitado para trabalhar a promoção, a prevenção e a recuperação corporal, agindo de maneira integrada com outros profissionais da saúde, na escola tem papel fundamental no acompanhamento do aluno com necessidades educacionais especiais (Badaró & Basso, 2012).

### 1.5 Fisioterapia e sua história

A história da fisioterapia mostra que a criação da profissão se deu principalmente em virtude da demanda que no contexto mundial se referia às grandes guerras e, no Brasil, aos acidentes de trabalho e epidemias, como a poliomielite. Antes de fundamentar bases sólidas como área de conhecimento, esteve sob a coordenação de departamentos médicos, tanto em serviços público/privados quanto em universidades. Sempre ligada à medicina, com características de sub área, seu corpo de conhecimentos acabou por acompanhar, de forma dependente e estreita, as mesmas áreas de estudo e campos de atuação profissional (Rebellato&Botomé, 1999).

A história da profissão de fisioterapeuta no País tem sido objeto de estudo de professores e pesquisadores, principalmente fisioterapeutas vinculados a programas de pós-graduação em áreas como saúde coletiva, educação e na própria fisioterapia (Rebellato,1986).

Contudo, somente em 13 de outubro de 1969, com o Decreto-Lei 938, a fisioterapia se legitimou como profissão. O art. 2º definiu que os fisioterapeutas diplomados por escolas e cursos reconhecidos são profissionais de nível superior e o art. 3º definiu como sendo atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterapêuticas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (Marques & Sanches, 1994).

A modernização dos serviços de saúde, com o consequente aumento da oferta e da procura desta profissão, vai levar os chamados médicos de reabilitação a se preocuparem com a resolutividade dos tratamentos. Com este objetivo, empenharam-se para que ocorresse o ensino da Fisioterapia como recurso terapêutico, então restrito aos bancos escolares das faculdades médicas nos campos teórico e prático, que deveria ser difundido entre os paramédicos, que eram os praticantes da arte indicada pelos doutores de então (Novaes,1998).



## 1.6 A Formação do Fisioterapeuta

A palavra “corpus” do latim, de acordo com as definições de Chebabi (1999), ganha em sua origem os significados de forma, beleza e ordenamento.

O corpo é considerado como o “lugar do indivíduo” e serve de mediador entre a individualidade e a coletividade, estando também impregnado de símbolos culturalmente partilháveis e comuns (Bendassolli&Soboll, 2011).

A partir da civilização greco-romana ocorreu a ruptura dos conceitos mágico-religiosos e a criação de um saber específico. O legado escrito desse saber, chamado “Corpo Hipocrático” influenciou a Medicina antiga e atual com uma visão mais global, baseando sua terapêutica nas reações naturais de defesa do organismo. Hipócrates, considerado o “Pai da Medicina” evidenciava uma compreensão da saúde relacionada com a harmonia do homem consigo e com a natureza. A noção de totalidade, presente em seus trabalhos, baseada nas práticas holísticas de saúde, é notada em declarações como “se uma pequena parte do corpo padece, todo o seu sofrimento será comunicado ao resto do corpo” (Rocha, 2002, p. 53).

“Em 1904, o médico Adolpho Gomes Pereira profetizou, em sua tese intitulada *Physioterapia*, que a Fisioterapia seria uma profissão de saúde de grande futuro e ele estava certo.” (Barros, 2002, p.7).

Pereira e Almeida (2006) apontam que a fisioterapia surgiu no país a partir de 1929, com a criação do primeiro curso técnico na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Nesse período, o Brasil também passou por mudança de sua economia, deixando a condição de país agroexportador para adotar o modelo de produção capitalista, com o surgimento das primeiras indústrias (Paim, 1996).

A regulamentação da fisioterapia como profissão de nível superior ocorreu em 1969, com o decreto-lei 938 (Brasil, 1969), no auge da ditadura militar no país e quando se agravaram as condições de saúde da população devido à sobrecarga epidemiológica e à deficiência do sistema assistencial brasileiro. Também nesse período intensificou-se o agravamento das condições de vida da população, em consequência do modelo econômico concentrador de renda.

A preocupação com a reabilitação propiciou durante este período histórico, a realização de estudos e pesquisas, na busca de formas terapêuticas para o cuidado com o corpo. No entanto, com a Idade Média e a valorização da alma, do espírito, em decorrência da

forte influência religiosa no período, não houve continuidade nos estudos que vinham sendo realizados e as atividades físicas passaram a significar recreação e melhora da potência física, até porque os distúrbios físicos e orgânicos eram vistos como castigos divinos, logo não deviam ser tratados e sim utilizados como forma de sofrimento para expiar pecados (Rebelatto, 2004).

A partir desse momento, foi iniciado um movimento coletivo para elaboração de novas bases e diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Fisioterapia, que, posteriormente, foram desenvolvidas pela Comissão de Especialistas de Ensino de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Crefito). Entretanto, somente em 2002, foram aprovadas pelo Colegiado de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, por meio da resolução nº 4, as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Segundo estas, as Instituições de Ensino Superior (IES) podem organizar seus cursos de maneira diversificada e programar conteúdos e tecnologias que engrandecem a formação do estudante de Fisioterapia, porém seguindo as propostas das diretrizes e garantindo a formação generalista (Brasil, 2002).

Segundo Silva et. al. (2001) a formação dos fisioterapeutas envolvidos com abordagens de pacientes na área esportiva deve observar as competências e atribuições específicas, tais como destreza para atuar na prevenção de lesões, no atendimento emergencial e na reabilitação funcional, garantindo a boa forma do indivíduo para o retorno à prática esportiva.

A formação acadêmica do Fisioterapeuta, de forma geral, tem se caracterizado por um processo de ensino-aprendizagem baseado na fragmentação do conhecimento, o que torna a formação deste profissional fragmentada, acarretando um perfil baseado em uma visão de mundo cartesiano-mecanicista. (Doll, 2002; Capra, 1982).

A visão reducionista e mecanicista que compara constantemente o corpo a uma máquina, ainda é muito forte e está praticamente presente na formação profissional de todos os cursos da área médica. Essa visão é muito bem exemplificada, conforme descrito por Gava (2004), na disciplina de Anatomia que é ministrada no início de qualquer curso dessa área, onde os alunos deparam-se com ossos, músculos e órgãos, partes de corpos, como peças de uma máquina desmontada, buscando compreender o funcionamento de cada uma. Além disso, o primeiro contato dos estudantes da área de saúde com o corpo humano vem de cadáveres, corpos ou pedaços de corpos sem vida, os quais são manipulados e observados sem maiores constrangimentos ou preocupações. Este comportamento descompromissado com o corpo do outro pode se manter para sempre em sua vida profissional. A doença acaba se inserindo

nesse contexto como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos ou como uma avaria que os profissionais da saúde devem aprender a consertar ou reparar com os recursos que cada profissão dispõe.

Como fruto desse meio está o fisioterapeuta: um profissional que ainda segue o modelo médico tradicional, mas que passa por vários dilemas na sua vida prática. É esse profissional quem trabalha com o toque no corpo do outro, de uma forma muito próxima e incisiva. Não é possível tocar um paciente de forma terapêutica sem um mínimo de vínculo e esse profissional não lida apenas com a doença, mas também com suas sequelas, sejam elas de ordem física, psíquica ou social. Infelizmente, nem sempre o que é ensinado durante a formação acadêmica é suficiente para dar conta ou cumprir satisfatoriamente esta tarefa (Gava, 2004).

A literatura que trata da abordagem do corpo, no curso de Fisioterapia, consta de temas ligados a cinesiologia, biomecânica, fisiologia e anatomia que, desde a década de 50, apresentam uma visão mecânica do corpo, da postura e do movimento, semelhante à proposta no século XIX: “o corpo é uma máquina muito adaptável que pode funcionar bem, ainda que nem sempre uma postura ideal possa ser obtida” (Vieira, 1998, p. 92).

Outros autores como Kendall, Rasch e Burch, ainda muito utilizados na formação do fisioterapeuta, fazem uma análise segmentar do corpo. Além disso, alguns livros deixam transparecer que é possível encontrar, no ser humano, explicações que sejam estritamente fisiológicas para determinados problemas.

Para Rebellato e Botomé (1999), os documentos oficiais relativos ao profissional da Fisioterapia, como os pertencentes à saúde em geral, parecem ter sido elaborados sob a ótica da concepção “saúde-doença”, portanto, são baseados numa concepção dicotômica, fragmentadora dos conhecimentos no campo de saúde. Por sua vez, a assistência à saúde, apesar do conhecimento e da tecnologia que já dispomos em pleno século XXI, ainda é feita em níveis ainda indesejáveis. Em geral, a “doença” parece ser a parte desse objeto que mais recebe atenção, obscurecendo as condições de saúde de um organismo ou de toda uma população, na qual a formação profissional deveria estar centrada. Assim, a fragmentação dos saberes está presente em diversas carreiras profissionais, favorecendo a existência de uma ampla tendência à formação de especialistas. Consequentemente, sabe-se mais sobre o particular do que sobre o todo, sem a preocupação de avançarmos no sentido de um melhor entendimento dos fenômenos humanos universais.

Faria & Casagrande (2004), analisando os cursos de graduação na área da saúde, também identificam a dissociação de seus conteúdos das necessidades sociais e propõem que

os Projetos Político Pedagógicos e a prática docente sejam ajustadas para que a formação dos futuros profissionais seja voltada para o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento crítico-reflexivo, aumentando e melhorando a qualidade das pesquisas e garantindo o atendimento das exigências da contemporaneidade.

Pivetta e Isaias (2006), analisando a situação específica dos cursos de Fisioterapia, relata que os currículos dos cursos superiores formam, em sua grande maioria, profissionais habilitados para a execução de técnicas de reabilitação, o que termina por motivar nesses mesmos profissionais, durante sua prática profissional, o questionamento do contexto formativo que receberam por perceberem que a realidade que os cerca compreende uma complexidade para a qual não estão preparados para atuar ativamente.

Prosseguindo em sua análise, Pivetta & Isaias (2006) afirma que a concepção de formação puramente assistencialista, tecnicista, biomédica e hospitalocêntrica em que a matriz curricular dos cursos de Fisioterapia é oferecida, por meio de disciplinas específicas, fragmentadas, limita o pensamento do sujeito na doença e, por isso, precisa ser repensada.

### 1.7 O Papel do Fisioterapeuta junto a Equipe Multidisciplinar

A presença do fisioterapeuta na comunidade se torna relevante na medida em que contribui para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, obedecendo assim os princípios do atual modelo de saúde e conseqüentemente promovendo a melhoria da qualidade de vida da população (Souza et al. 2007).

A incapacidade ou deficiência de uma pessoa está, de modo significativo, diretamente relacionada ao grau com que a pessoa percebe a condição que causa deficiência. A extensão de uma incapacidade aumentará se o foco estiver nas deficiências em vez de estar nas potencialidades (O'Sullivan & Schmitz, 1993).

A ideia de equipes multidisciplinares apresenta-se como condição da Integralidade, um dos princípios dos SUS, que através de um trabalho organizado de forma aberta, contempla atividades e rotinas não previstas ou prescritas em protocolos (Ramos, 2009).

A incapacidade pode ser comparada a um iceberg: vê-se apenas sua ponta, enquanto a maior parte dele se mantém escondida sob a superfície. A expressão dor física, a falta de impulsos ou respostas sensoriais, a falta ou disfunção de um membro ou estrutura e outros reflexos da perda são apenas a parte dessa incapacidade física que se acha na superfície. Porém, esses são os principais aspectos que tradicionalmente têm sido abordados ao se tratar da incapacidade física (O'Sullivan & Schmitz, 1993).

É necessário integrar profissionais em equipes multidisciplinares para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; nisto implica a assimilação do princípio da integralidade e ir além da assistência curativa, significar dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais (Alves, 2005).

Por esse processo, emerge um modo único de agir e enfrentar as dificuldades, o qual se torna estilo de enfrentamento pelo qual o indivíduo reconhece a si mesmo. Então, repentina ou gradualmente, dependendo da natureza e da extensão de um impedimento, aquele fundamento de toda a vida e a estrutura daquele eu se torna danificada e enfraquecida pelo impacto da incapacidade, muitas vezes chegando a ponto do colapso total. A condição incapacitante, bem como a percepção desta, perturba a estrutura, a pessoa que, através de anos de formação e condicionamento, tinha se tornado a essência da própria individualidade (O'Sullivan&Schmitz, 1993).

A incapacidade ou deficiência de uma pessoa está de modo significativo, diretamente relacionada ao grau com que essa pessoa percebe a condição que causa a deficiência. A extensão de uma incapacidade aumentará se o foco estiver nas deficiências em vez de estar nas potencialidades(O'Sullivan&Schmitz, 1993).

SegundoFriedland, Smyth e Rowland(1997, p. 377), esta foi uma benção para a terapia ocupacional. Os aspectos físicos de tratamentoganharam proeminência sobreaspreocupaçõesdopsicológico.

## CAPÍTULO II – METODOLOGIA

A metodologia, segundo Fialho e Neubauer (2013, p. 23) pode ser considerada, “como um farol que indica ao navegador o melhor caminho a seguir”, definindo, deste modo, a trajetória queo pesquisador deve percorrer para alcançar os objetivos por ele propostos, representando, portanto, um procedimento racional e ordenado da forma de pensar.

Para a efetivação da pesquisa de campo realizada com os profissionais de fisioterapia que atuam em equipe multidisciplinares envolvidas com o processo de aprendizagem dos alunos com NEE do ensino fundamental da rede pública de Manaus, das escolas Carlos Gomes, Senador Costa Brito e São Pedro, o presente estudo seguiu as orientações metodológicas abaixo descrita.

### 2.1 Desenho da investigação

Trata-se de uma pesquisa de característica empírica, que se dá por tentativa e erro, podendo ser realizada em qualquer ambiente. São na verdade investigação de pesquisa que têm como principal finalidade testar hipóteses que dizem respeito a relações de causa e efeito, envolvendo grupos de controle, seleção aleatória e manipulação de variáveis independentes. São pesquisas que emprega rigorosas técnicas de amostram para aumentar a possibilidade de generalização das descobertas realizadas com a experiências. Pode ser realizada em laboratórios e em campo (Forte, 2004).

Quanto a metodologia, fez-se uso da abordagem quantitativa, um método que segundo proposições de Richardson (1989 citado por Dalfo et al., 2008), caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento dessas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas. Seu diferencial é a intenção de garantir a precisão dos trabalhos realizados.

Para tratamento dos dados da amostra fez-se uso da análise descritiva e inferencial, considerada como aquela que tem como objetivo resumir as principais características em um conjunto de dados, fazendo uso de tabelas, gráficos e resumos numéricos (Ferreira, 2005).

## 2.2 Amostra

A mostra se constituiu de **(100)** profissionais que atuam em equipes multidisciplinar das escolas municipais Carlos Gomes, São Pedro e Senador Costa Brito, na cidade de Manaus-AM, constituída por **(22)** homens e **(78)** mulheres.

Pode-se dizer que este número amostral é representativo da realidade estudada e abrange 100% da população em questão, o que dá maior exatidão e eficácia fidedigna aos resultados.

Fez-se uso dos critérios de inclusão e exclusão. Para os critérios de inclusão levou-se em conta os profissionais que desenvolvem suas atividades laborais dentro das referidas escolas, junto às crianças com necessidades educativas especiais. Como critério de exclusão descartou-se os profissionais que não atuam nas escolas municipais citadas acima.

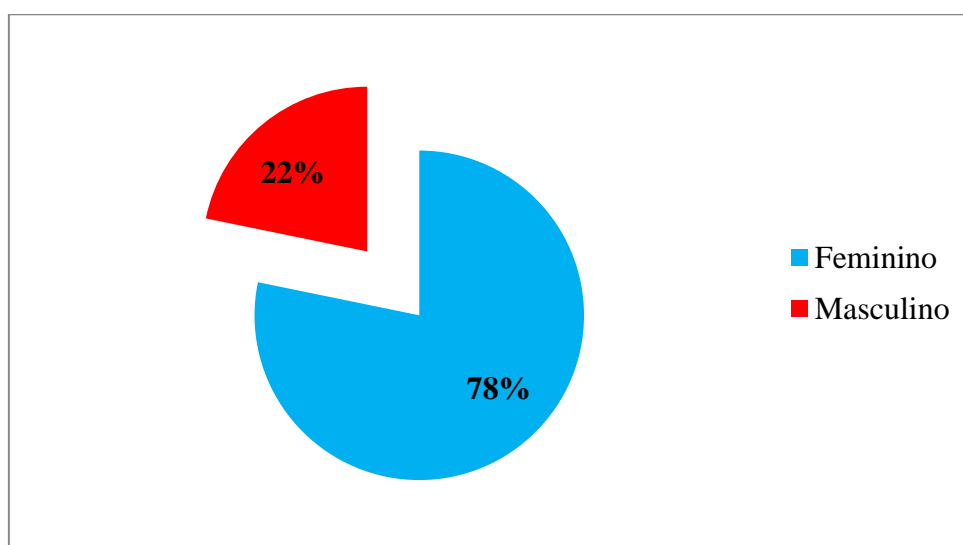
Para garantir que todos os aspectos acima referidos, fossem considerados, levou-se em conta os seguintes pontos, sugeridos por Mills & Airasian (2006):

a) determinação do tamanho da amostra: 100 profissionais que atendam as escolas municipais citadas acima;

b) identificação das variáveis e dos substratos para as quais se pretende obter uma representação adequada: distribuição da população por agrupamentos, gênero, faixa etária, função na escola, formação acadêmica e experiência profissional.

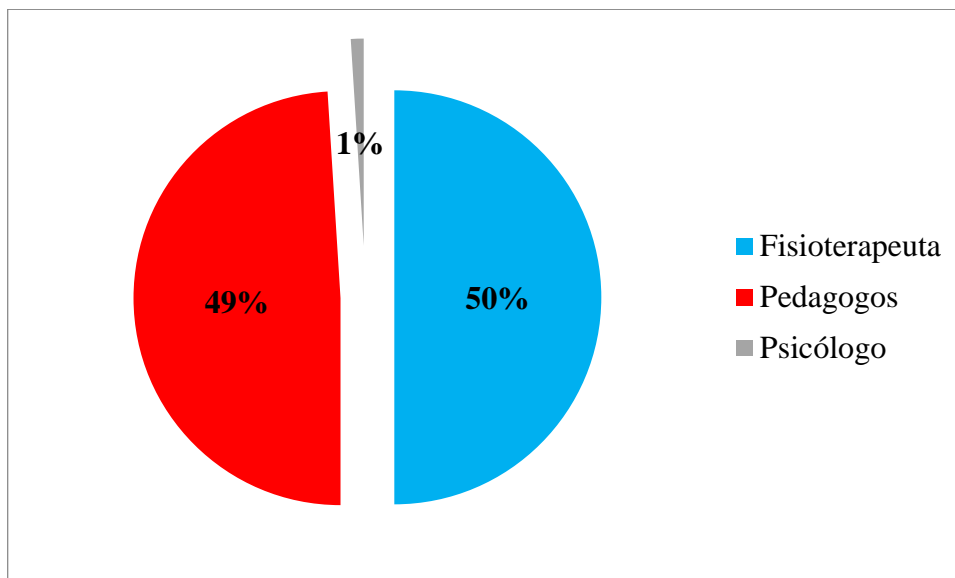
Deste modo, a figura abaixo destacam a caracterização da amostra, tendo em conta o gênero, a idade, a função na escola, a formação acadêmica, conforme segue.

**Figura 1– Gênero**

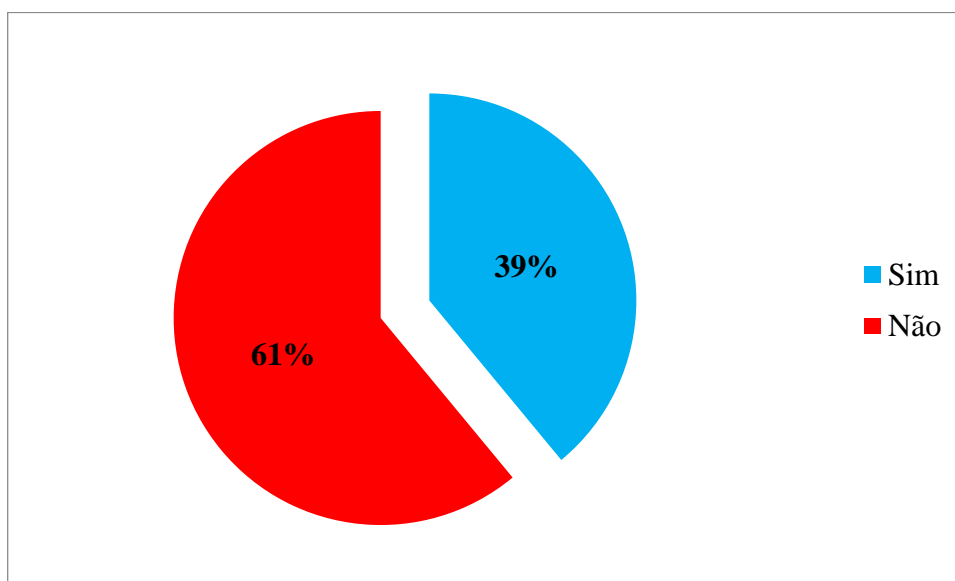


Pode-se constatar que 78% da amostra é constituída por profissionais do gênero feminino e 22% do masculino.

**Figura 2– Formação acadêmica dos participantes**



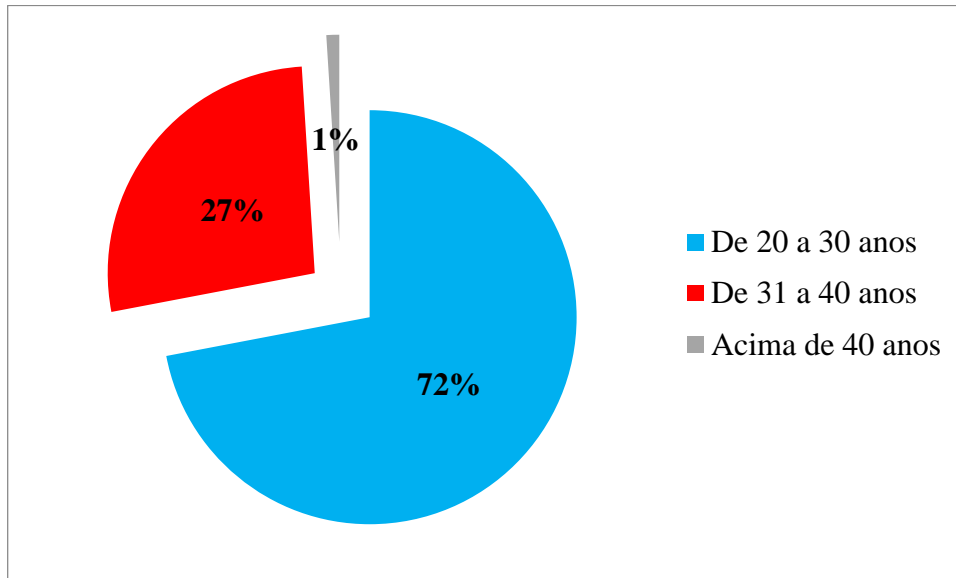
**Figura 3– Formação Acadêmica em NEE**





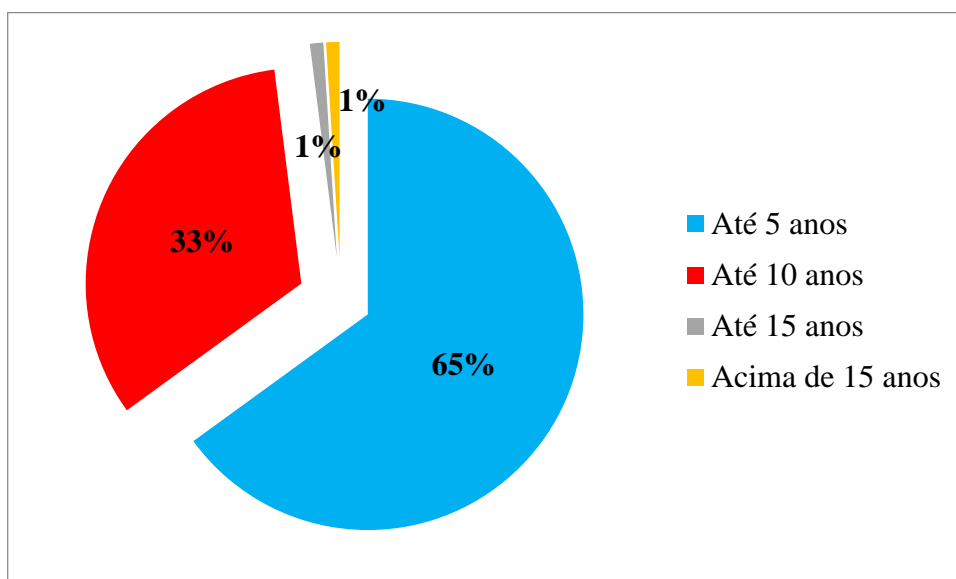
Pelos resultados apresentados no figura 3, 61% não tem formação em NEE, contra 39% que afirmou possuir formação na área.

**Figura 4– Idade dos participantes**



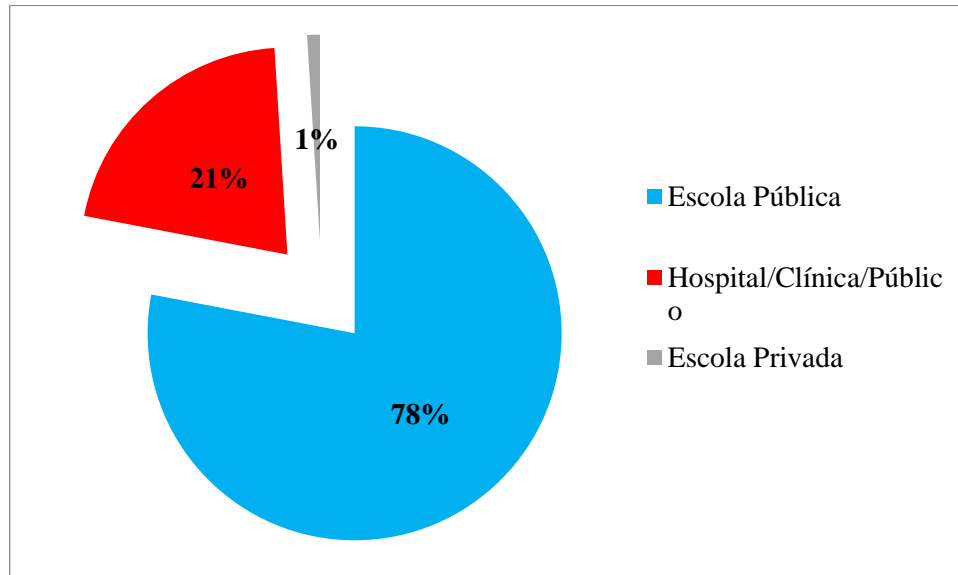
Conforme revela figura 4, 72% dos entrevista encontra-se na faixa etária de 20 a 30 anos, 27% entre 31 e 40 anos e apenas 1% encontra-se com idade acima de 40 anos, deixando claro que a maioria dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar são jovens.

**Figura 5– Anos de serviço**



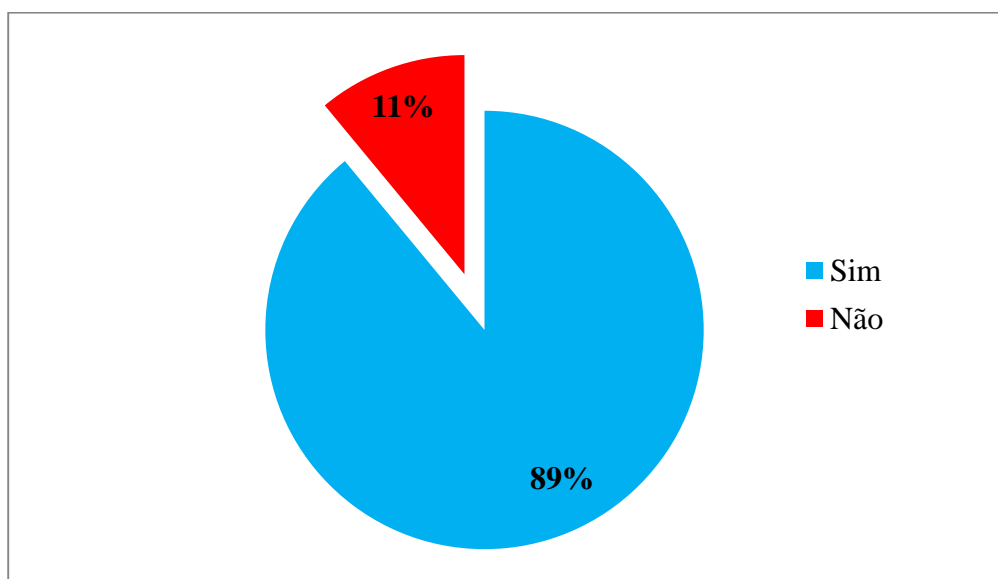
Os resultados da análise da variável dependente em anos de serviços mostram que 65% têm até 5 anos de serviços, 33% até 10 anos e até 15 e acima de 15 anos são apenas 1%.

**Figura 6– Instituições de trabalho**



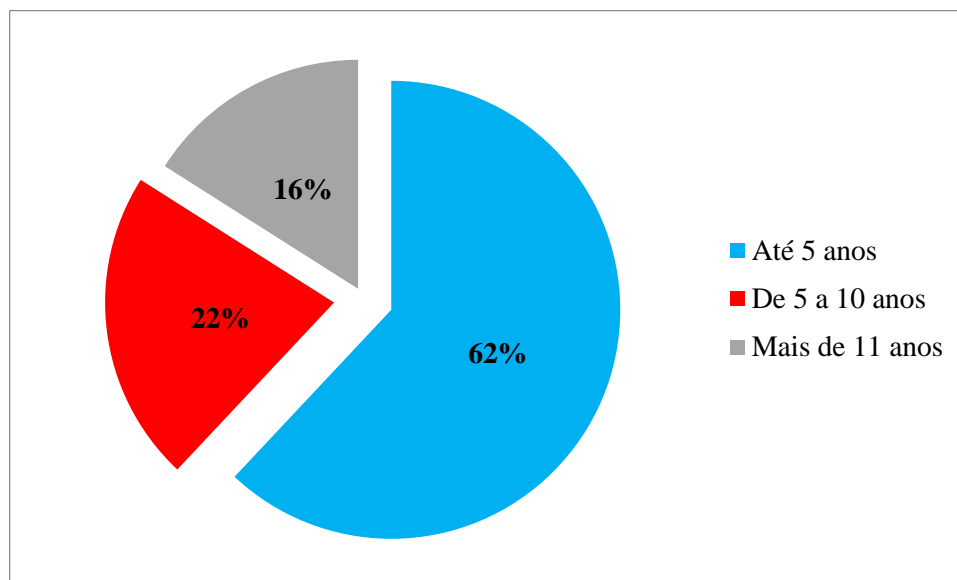
Conforme mostra figura 6, a maioria dos profissionais (78%) trabalham em escola pública, com 21% atuando em Hospitais e clínicas públicos e 1% em escola privada.

**Figura 7– Atendimento a pessoas portadoras de deficiência**



Verifica-se que 89% dos respondentes prestam atendimento a deficientes e 11% respondeu que não.

**Figura 8– Anos de trabalho com pessoas portadores de deficiência**



A análise da figura 8 mostra que 62% tem cinco anos de trabalho junto a pessoas com deficiência; 22% de cinco a dez anos e 16% mais de onze anos.

### 2.3 Instrumento de recolha de dados

O instrumento utilizado para recolha de dados foi um questionário de perguntas fechadas. Esse questionário foi elaborado junto com outro colega do mestrado, com a supervisão da orientadora, mas aplicado a uma amostra com outros participantes e em outro contexto escolar, tendo como base a literatura nacional e internacional (ver Anexo C) sendo utilizado para a coleta dos dados. Foi elaborado obedecendo a escala de likerts. Segundo Santos (2013), os instrumentos de coleta de dados são as ferramentas que permitirão o levantamento de informações e/ou a produção de informações.

Segundo Hoz(1985) o questionário é um instrumento onde se recolhem dados e formula questões consideravelmente relevantes de tudo que se quer observar.

## 2.4 Procedimentos de recolha de dados

Para recolher os dados dessa pesquisa foi necessário uma carta de anuência, concedida pela secretaria municipal de educação, pois as escolas Senador Costa Brito, Carlos Gomes e São Pedro são instituições do município de Manaus.

Após a obtenção da autorização junto a gestora da educação municipal, através da carta de anuência (ver anexo B), assinada pela subsecretária de gestão educacional do município de Manaus após prévia conversa e autorização dos diretores das escolas acima citadas, foi aplicado o questionário junto aos 100 participantes aleatórios que respeitaram os critérios de inclusão e exclusão do estudo. O profissional assina um termo de compromisso livre e esclarecido – TCLE ( ver Anexo A) onde se compromete a participar da pesquisa através da resolução do questionário a ele aplicado.

## 2.5 Procedimento de análise dos resultados

No presente estudo de natureza quantitativa, a análise estatística de dados quantificáveis foi realizada com base no programa informático IBM SPSS Statistics, versão 2.2, recorrendo-se a uma abordagem descritiva e inferencial, que é aquela que segundo Ferreira (2005) tem como objetivo a descrição de dados, sejam eles de uma amostra ou de uma população. Neste caso específico, utilizou-se a estatística descritiva para descrever as variáveis independentes (idade, gênero e as formações acadêmicas, função na escola), bem como também para descrever os dados por meio de indicadores estatísticos, como a média e o desvio-padrão. Após a estatística descritiva usou-se a estatística inferencial. Finalmente analisou-se a consistência interna do teste, referindo a homogeneidade dos itens que os integram, escrito através do alpha de Cronbach e análise da comparação dos resultados.

### CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Os dados recolhidos foram analisados com recurso do *software* Predictive Analytics Software Statistics (PASW) (ex-SPSS) v.22.2, numa abordagem descritiva (médias, desvio padrão, máximos e mínimos) e inferencial (teste t, análise de variância e regressão linear) entre grupos. Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos na aplicação do instrumento de recolha.

Usando como sequência apresentam-se os resultados, estatisticamente significativos, da análise inferencial, conforme segue:

- a) teste *t-student*;
- b) teste Anova;
- c) análise da consistência interna, com base no *Alpha de Cronbach*.

#### 3.1 Análise Descritiva

Almeida e Freire (2008) referem que o último passo numa investigação consiste na análise dos dados obtidos no estudo que conduzirão a conclusões junto de um indivíduo ou, neste caso, grupo. Ainda segundo os mesmos autores, num primeiro momento, a análise descritiva consiste na descrição e sistematização dos resultados ou da informação recolhida.

Os primeiros resultados a apresentar descreverão as características mais importantes da amostra. No entanto, para além desta descrição torna-se importante, segundo Almeida e Freire (2008), apresentar uma distribuição dos resultados nas variáveis consideradas.

**Tabela 1****Caracterização do instrumento de estudo em média e desvio padrão**

<i>Válidos</i>	<i>N</i>	<i>Média Freq</i>	<i>Desvio Padrão</i>
1 Os alunos com NEE devem ser apoiados por uma equipe multidisciplinar	100	3,5400	,65782
2 O contato do fisioterapeuta com as crianças com alterações motoras antes de iniciar as aulas, facilitaria a melhor adaptação aos materiais escolares	100	3,5700	,55514
3 Um fisioterapeuta dentro da sala de aula em tempo integral melhoraria o posicionamento geral da criança melhorando o seu desempenho	100	3,3300	,75284
4 O profissional deve possuir competências para identificar um aluno com deficiência motora	100	3,5100	,71767
5 É importante interagir com outros profissionais para identificar alunos com deficiência motora	100	3,3100	,72048
6 Os alunos com deficiência motora devem ser encaminhados para os serviços de Educação Especial	100	3,7400	,60263
7 O fisioterapeuta utiliza escalas, baterias e/ou outros instrumentos para avaliar os alunos com paralisia cerebral ou outro tipo de deficiência motora	100	3,3000	,62765
8 O fisioterapeuta auxilia na obtenção do diagnóstico da criança com deficiência motora	100	3,6400	6,01686
9 O fisioterapeuta faz adequações curriculares para os alunos com paralisia cerebral ou outro tipo de deficiência motora	100	3,3500	,57516
10 Dou mais tempo à criança com paralisia cerebral ou outro tipo de deficiência motora para realizar as tarefas	100	3,2900	,70058
11 Verifico se o aluno com paralisia cerebral ou outro tipo de deficiência motora, atingiu os objetivos	100	3,83003	,10117
12 A participação dos fisioterapeutas é fundamental em reuniões com pais, professores e outros	100	3,4600	,64228
13 Utilizo os mesmos materiais para alunos com deficiência motora	100	2,6800	,86316
14 Os alunos com deficiência motora não devem ser incluídos na realização de trabalhos de grupo mistos, ou seja, alunos com e sem NEE	100	1,9000	,92660

15 O fisioterapeuta deve fazer parte da equipe multidisciplinar da escola	100	39700	4,07370
16 Devem ser feitas adaptações necessárias às escolas já que primordialmentetrabalham em clínicas e hospitais, para inclusão dessas crianças	100	3,5600	,51874
17 O fisioterapeuta auxilia na melhora da postura do aluno, da marcha promovendo independência nas atividades	100	3,5400	,55814
18 O fisioterapeuta deve elaborar objetivos e atividades para serem inseridas no programa de intervenção para o aluno com deficiência	100	3,3700	,66142
19 O fisioterapeuta proporciona um tratamento para aumentar a função das articulações, músculos, força, mobilidade e resistência do aluno com deficiência	100	3,6800	,46863
20 O fisioterapeuta monitora a função, ajuste e uso adequado de mobilidade, aparelhos e dispositivos ajudando a melhorar o desenvolvimento do aluno com deficiência	100	3,5100	,50242
21 O fisioterapeuta trabalha as habilidades de transferências, que são essenciais para permitir a passagem de uma superfície de suporte, ou seja, transferências da cadeira de rodas para cadeira da sala de aula, vaso sanitário etc.	100	3,5100	,59450
22 O fisioterapeuta trabalha as habilidades de desenvolvimento da mobilidade utilizando dispositivos alimentados ou de rodas dentro do ambiente educativo	100	3,3600	,59493
23 O fisioterapeuta trabalha as habilidades de fortalecimento dos sistemas muscular e respiratório que permite ao aluno aumentar gradualmente sua resistência física, tornando o dia escolar mais produtivo	100	3,5800	,51601
24 A valorização da experiência motora e desenvolvimento sensório-motor ajuda a aprendizagem do aluno na escola	100	3,4600	,57595
25 O fisioterapeuta deve fazer parte da equipe na avaliação da criança com paralisia cerebral.	100	3,5200	,57700

### 3.2 Análise Inferencial

#### 3.2.1 Gênero

As médias entre o gênero masculino e o gênero feminino sugerem uma diferença ao gênero. No sentido de verificar se essa diferença se deve ao acaso, procedeu-se a realização de um teste *t*.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas relativamente ao gênero feminino e masculino, com relação ao item 21 do questionário, que diz: “O fisioterapeuta trabalha as habilidades de transferência, que são essenciais para permitir a passagem de uma superfície de suporte, ou seja, transferências da cadeira de rodas para cadeira da sala de aula, vaso sanitário etc”, cujo resultado foi,  $t(98) = -2,403$   $p = ,018$ .

#### 3.2.2 Formação Acadêmica dos Profissionais

Conforme exposto na análise descritiva, as médias entre os anos de escolaridade sugerem uma diferença. No sentido de verificar se essa diferença se deve ao acaso, procedeu-se a realização de um *One-Way Anova*.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a formação acadêmica e os item 10 do questionário que diz “Dou mais tempo a criança com paralisia cerebral ou outro tipo de deficiência motora para realizar as tarefas”, apresentando,  $F(4,100) = 3,96$ ,  $p = ,009$ .

#### 3.2.3 Idade

As médias entre idade sugerem uma diferença nos itens um e três do questionário. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas relativamente, no item um que diz “Os alunos com NEE devem ser apoiados por uma equipe multidisciplinar”, no sentido de



verificar se essa diferença se deve ao acaso, procedeu-se a realização de um *One-Way Anova*, apresentando,  $F(3,637)=2,97, p=.030$ .

No item três que diz “Um fisioterapeuta dentro da sala de aula em tempo integral melhoraria o posicionamento geral da criança facilitando o seu desempenho”, no sentido de verificar se essa diferença se deve ao acaso, procedeu-se a realização de um *One-Way Anova*, apresentando,  $F(3,815)=2,97, p=.025$ .

#### 3.2.4 Anos de Serviço dos Participantes sem NEE

As médias entre anos de serviço dos participantes sem NEE sugerem uma diferença nos itens 11 e 14 do questionário. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas relativamente, no item 11 que diz “Verifico se o aluno com paralisia cerebral ou outro tipo de deficiência motora atingiu os objetivos”, no sentido de verificar se essa diferença se deve ao acaso, procedeu-se a realização de um *One-Way Anova*, apresentando,  $F(916,407)=3,96, p=.000$ .

No item 14 que diz “Os alunos com deficiência motora não devem ser incluídos na realização de trabalhos de grupos mistos, ou seja, alunos com NEE”, no sentido de verificar se essa diferença se deve ao acaso, procedeu-se a realização de um *One-Way Anova*, apresentando,  $F(2,694)=3,96, p=.050$ .

#### 3.2.5 Função na Escola

As médias entre função na escola sugerem uma diferença nos item 10 do questionário. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas relativamente, no item 10 que diz “Dou mais tempo a criança com paralisia cerebral ou outro tipo de deficiência motora para realizar tarefas”, no sentido de verificar se essa diferença se deve ao acaso, procedeu-se a realização de um *One-Way Anova*, apresentando,  $F(3,405)=2,97, p=.037$ .

### 3.3 Análise de Consistências Internas

#### 3.3.1 Fidelidade

A fidelidade de um teste dá-nos o grau de confiança que podemos ter na informação que recolhemos (Almeida & Freire, 2008). Uma das significações mais habituais reside no fato de os itens da prova serem homogêneos (consistência interna).

No sentido de verificar se os 25 itens do questionário, formam uma prova consistente, procedeu-se à aplicação do *alpha de Cronbach*. Em outros termos, o alfa de Cronbach é a média das correlações entre os itens que fazem parte de um instrumento. O valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70. Abaixo desse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada baixa. Em contrapartida, o valor máximo esperado é 0,90, acima deste valor pode-se considerar que há redundância ou duplicação, ou seja, vários itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo (Almeida et. al. 2010).

O *alpha de Cronbach* obtido foi no total de **.542**, considerado segundo o autor acima um resultado baixo.

A **tabela 12** apresenta uma análise descritiva de cada item do questionário (média e desvio padrão). Os resultados demonstraram que não houve itens excluídos da análise.

**Tabela 2**  
**Análise dos itens do instrumento de recolha**

<i>Item</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
item 1	3,5400	,65782
item 2	3,5700	,55514
item 3	3,3300	,75284
item 4	3,5100	,71767
item 5	3,3100	,72048

<i>Item</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
item 6	3,7400	4,60263
item 7	3,3000	,62765
item 8	3,6400	3,01686
item 9	3,3500	,57516
item 10	3,2900	,70058
item 11	3,8300	3,10117
item 12	3,4600	,64228
item 13	2,6800	,86316
item 14	1,9000	,92660
item 15	3,9700	4,07370
item 16	3,5600	,51874
item 17	3,5400	,55814
item 18	2,3700	,66142
item 19	3,6800	,46883
item 20	3,5100	,50242
item 21	3,3600	,59450
item 22	3,5800	,59493
item 23	3,4600	,51601
item 24	3,4600	,57595
item 25	3,5200	,57700

Na **tabela 3** são apresentadas as relações entre cada item do instrumento de recolha que tem como objetivo identificar a participação dos fisioterapeutas com os demais profissionais das equipes multidisciplinares no processo de aprendizagem dos alunos com NEE do ensino fundamental da rede pública de Manaus.

Neste tabela realça-se duas informações importantes: correlação do item total corrigida e o *alpha de cronbach*, por meio do qual se pode observar que não há eliminação desses itens não influenciando o valor de *alpha*.

**Tabela 3**

**Análise dos itens em função do total do instrumento de recolha**

<i>Item</i>	<i>Média de escala se o item for excluído</i>	<i>Variância de escala se o item for excluído</i>	<i>Correlação o de item total corrigida</i>	<i>Alpha de Cronbach se o item for excluído</i>
item 1	81,9700	131,363	,274	,529
item 2	81,9400	130,299	,420	,524
item 3	82,1800	128,270	,416	,518
item 4	82,0000	127,899	,463	,516
item 5	82,2000	127,879	,462	,516
item 6	81,7700	99,957	,161	,584
item 7	82,2100	129,117	,450	,520
item 8	81,8700	123,690	,047	,570
item 9	82,1600	130,257	,407	,524
item 10	82,2200	128,375	,445	,517
item 11	81,6800	121,836	,065	,567
item 12	82,0500	130,257	,327	,526
item 13	83,6100	128,203	,357	,519
item 14	81,5400	135,917	,039	,550

<i>Item</i>	<i>Média de escala se o item for excluído</i>	<i>Variância de escala se o item for excluído</i>	<i>Correlação de item total corrigida</i>	<i>Alpha de Cronbach se o item for excluído</i>
item 15	81,9500	120,554	,014	,623
item 16	81,9700	130,533	,433	,524
item 17	82,1400	129,666	,468	,521
item 18	81,8300	127,031	,567	,511
item 19	82,0000	130,708	,467	,525
item 20	82,0000	129,717	,521	,521
item 21	82,0000	130,768	,354	,526
item 22	82,1500	128,553	,521	,517
item 23	81,9300	131,096	,386	,527
item 24	82,0500	129,987	,427	,523
item 25	81,9900	129,182	,489	,520

### 3.3.2 Fidelidade interavaliador

No sentido de verificar a fidelidade do processo de inserção dos dados recolhidos no ficheiro de análise do programa SPSS22.2 , utilizado para a análise de dados, foram seleccionados aleatoriamente 10% (n=10) do instrumento de recolha aplicado na pesquisa 32,48,55,20,5,39,70,74,89,80. Esta análise foi realizada por um especialista da área, tendo-se verificado uma fidelidade interavaliador de 100%.

## CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

## 4.1 Discussão dos Resultados

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados encontrados das versões traduzidas com o *software* Predictive Analytics SoftWare Statistics (PASW) (ex-SPSS) v.22.2, numa abordagem descritiva (médias, desvio padrão, máximos e mínimos) e inferencial (teste t, análise de variância e regressão linear) entre grupos, estabelecendo-se uma síntese conclusiva do estudo. Teve sua primeira versão em 1968 em um dos programas de análise estatística mais utilizado nas ciências sociais. São também efetuadas recomendações ao longo da discussão para promover novas oportunidades de desenvolvimento de futuras investigações nesta área, e finaliza-se o capítulo com alguns constrangimentos do estudo.

Considerando a importância do trabalho das equipes multidisciplinares, que compila o conjunto de medidas de apoio integrado, bem como sua repercussão na facilitação do processo de inclusão total das crianças com NEE no âmbito escolar, foi realizada a identificação das deficiências na capacitação desses profissionais que compõe as equipes, de forma a satisfazer as necessidades de obter com base na plenitude das suas atuações, um trabalho de inclusão nas escolas de ensino regular do município de Manaus.

Segundo Blanc (1992), um currículo ideal está baseado primordialmente na investigação das variáveis que influenciam na aprendizagem. De maneira geral, a proposta deste Currículo Funcional e Natural está baseada na funcionalidade das habilidades a serem adquiridas e na manutenção destas através de contingências naturais de aprendizagem. Abrange todos os contextos nos quais os alunos convivem escola, comunidade, família e trabalho.

A educação inclusiva é importante porque é por meio dela que se pode alcançar significância educacional a todos os alunos. É polêmica por que desencadeia diversas e diferentes opiniões sobre como deve ser pensada e praticada. É contraditória porque nos discursos acerca do processo educacional inclusivo ainda há uma grande teia de incoerências e um fosso entre o que se pensa, diz e faz. O meio educacional continua perpassado por nós, os ditos normais, e por eles, as pessoas com dificuldades e/ou necessidades especiais (Sá, 2006).

A análise destas informações permite aceder a um perfil dos profissionais de fisioterapia da cidade de Manaus em relação às equipes multiprofissionais, delinear um plano de atuação real e cujos resultados possibilitem otimizar a qualidade de vida dos alunos envolvidos a curto, médio e longo prazo.

Este estudo deriva da necessidade de existirem em Manaus instrumentos de avaliação válidos e fiáveis na área de conhecimento dos profissionais que participam das equipes multidisciplinares, especificamente ao nível de um componente tão relevante – capacitação profissional para o trabalho em escolas regulares, unindo crianças com e sem NEE. Foi avaliado também como os profissionais se sentem em relação à segurança de participar dessas equipes com a formação académica disponibilizada nos dias atuais.

Desde 1961 a Lei de diretrizes e bases da educação LDB prevê que “a educação dos excepcionais, deve, no que for possível, enquadrar-se no sistema geral de educação, a fim de integrá-los na comunidade” (Brasil, 1961).

Em suma não restam dúvidas de que se deve promover melhorias relevantes no contexto educacional da criança com necessidades educativas especiais em todo Brasil. Na cidade de Manaus, conforme estudo realizado por Souza & Santos (2014), embora a Reorganização da Política Pública de Ensino venha apresentando crescimento na demanda de matrícula do aluno especial na escola comum, o cotidiano no interior das escolas ainda não reflete mudanças positivas. Gestores, professores e coordenadores, segundo os autores, continuam atuando com determinação e afinco, mas sem condições, lutando com poucos recursos pedagógicos ou estruturais para concretizarem o compromisso do direito educacional inclusivo. “A partir do nosso estudo [...] tivemos clareza das mudanças substanciais necessárias e ainda não efetivadas de investimentos pelo Estado na educação que abranjam a totalidade dos alunos incluídos” asseveram (p. 12).

Diante disso, vale lembrar que o ato de incluir não deve significar simplesmente matricular o aluno com necessidade educativas especiais no ensino regular. Isso requer assegurar ao professor e à escola o suporte necessário à sua ação pedagógica, além da preparação de toda a comunidade escolar para receber esse aluno, preparação esta que deve está consubstanciada em um processo de reformulação das práticas pedagógicas, com o intuito e combater ações discriminatórias (Nascimento et. al. 2014).

Este estudo teve como objetivo geral identificar a participação dos fisioterapeutas com os demais profissionais das equipes multidisciplinares no processo de aprendizagem dos

alunos com NEE do ensino fundamental da rede pública de Manaus, após análise dos resultados vale ressaltar os seguintes itens, que são:

a) Verificar a relação do fisioterapeuta com os demais profissionais que compõem equipes multidisciplinares que atuam no processo de aprendizagem dos alunos com NEE do ensino fundamental da rede pública de Manaus;

b) Identificar como são realizadas as sessões de fisioterapia nos alunos com NEE do ensino fundamental da rede pública de Manaus;

c) Conhecer as limitações na atual formação dos fisioterapeutas, que atuam no processo de aprendizagem de crianças com NEE do ensino fundamental da rede pública de Manaus.

Com bases nos dados levantados, obteve-se os seguintes resultados:

Com relação às diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros feminino e masculino, os resultados mostram que 78% do universo total são do gênero feminino.

Quanto a diferença de opinião entre os gêneros, que se observa no item 21 do questionário, que indaga se o fisioterapeuta trabalha as habilidades de transferência, são essenciais para permitir a passagem de uma superfície de suporte, ou seja, transferências da cadeira de rodas para cadeira da sala de aula, vaso sanitário etc”: com relação a este quesito, o quantitativo significativo foi de 27%, que pode ser justificado pelo percentual de fisioterapeutas do sexo feminino avaliado neste estudo.

Já nas médias entre os profissionais que atendem NEE, que resulta em 89% do universo total, não sugerem significância alguma em relação aos itens do questionário, após a aplicação do teste t, sugerindo que todos tem a mesma percepção, mesmo atuando em áreas diferentes.

No que se refere ao item 10 do questionário que diz “Dou mais tempo a criança com paralisia cerebral ou outro tipo de deficiência motora para realizar as tarefas”, são observadas diferenças estatísticas, entre a formação acadêmica (composto de 1% de psicólogo, 50% de fisioterapeuta e 49% pedagogo), o que referêcia que 49% dos profissionais com formação na área específica da educação concordam com esse item, enquanto os que não possuem especialidade na área educação (51%) discordam da questão acima.

A respeito disso, lembra Figueiredo (2010) que ainda são escassos os profissionais de variadas áreas profissionais que reconheçam os alcances e os limites das pessoas com



deficiência, deixando claro que o processo de exclusão social dessa população é algo latente, embora movimentos nacionais e internacionais venham procurando o consenso para a formatação de uma política de integração.

As diferenças entre as médias de idades dos profissionais (72% de 20 a 30 anos; 27% de 31 a 40 anos, dessa porcentagem 26% e 1% acima de 41 anos) sugerem diferenças estatísticas quanto ao item um que diz “Os alunos com NEE devem ser apoiados por uma equipe multidisciplinar”, onde 37% de profissionais fisioterapeutas concordam e estão na faixa etária de 20 a 30 anos, concordam com o item avaliado.

Em relação ao item 3, 42% dos profissionais avaliados concordam que a presença dos fisioterapeutas dentro da sala de aula em tempo integral melhoraria o posicionamento geral da criança facilitando o seu desempenho, percentual este formado por profissionais fisioterapeutas.

Como afirmam Melo e Ferreira (2009), além dos aspectos ligados diretamente a condição do aluno com deficiência motora, o ambiente escolar, dependendo de como se encontre estruturado e organizado pedagogicamente poderá dificultar ainda mais a participação dessas crianças na sua relação com o meio.

A propósito disso, estudos revelam que as intervenções realizadas conjuntamente entre a área da saúde e da educação possibilitam resultados positivos para os profissionais que atuam com alunos com NEE. As possibilidades de respostas advindas desses tipo de interação perpassam desde aspectos relacionados à articulação de diferentes recursos e olhares diante desta demanda, até a possibilidade de um certo ganho de qualidade e eficiência no tipo de resposta a ser oferecida, já que a fragmentação advinda de subdisciplinas e subespecialidades não contempla a necessidade de articulação de diferentes tipos de saberes e recursos que devem ser oferecidos a essa população (Minelli, 2004 citado por Barboni et. al. 2014).

Neste panorama insere-se o profissional de fisioterapia, que pode contribuir no atendimento voltado à estimulação motora, pois como comenta Rosa Neto (2002), a atividade motora é de suma importância para o desenvolvimento global do aluno com necessidades educativas especiais. Por meio da exploração motriz, esclarece o autor, a criança desenvolve a consciência de si mesma e do mundo exterior, uma vez que a aquisição das habilidades motoras está vinculada integralmente ao desenvolvimento da percepção de corpo, espaço e tempo.

No que se refere aos anos de serviço, os resultados foram os seguintes:

- a) até cinco anos de trabalho são caracterizados por 65% do universo total;
- b) até 10 anos, 33%;
- c) até 15 anos de atuação, 1%;
- d) até 25 anos, 1%.

As médias entre os anos de serviço dos participantes sem NEE sugerem uma diferença nos itens 11 e 14 do questionário (onde se verifica se “o aluno com paralisia cerebral ou outro tipo de deficiência motora atingiu os objetivos”), e no item 14 (“Os alunos com deficiência motora não devem ser incluídos na realização de trabalhos de grupos mistos, ou seja, alunos com NEE”). Nestes quesitos respectivamente, observou-se que:

- a) 65% dos que possuem até cinco anos de serviço concordam com item 11; 11% concordam com o item 14;
- c) 33% dos participantes com até 10 anos concordam com item 11 e 9% concordam com item 14;
- d) 1% dos participantes com até 20 anos concorda com item 11 e 1% concorda com o item 14.

No quesito função na escola obteve-se as médias que sugerem uma diferença estatisticamente significativa, onde:

- a) os fisioterapeutas representam 38% dos que concordam;
- b) 49% representam os pedagogos que participaram do estudo e concordam com o item 10 do questionário que diz “Dou mais tempo a criança com paralisia cerebral ou outro tipo de deficiência motora para realizar tarefas”.

Mesmo com o número bastante significativo de deficientes motores tanto no estado do Amazonas 209.932 quanto na cidade de Manaus, em torno 150.189, como mostram os dados do censo demográfico 2010 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010), observou-se que as equipes multidisciplinares no estado estão precisando interagir mais uns com os outros, o que melhoraria assim o processo de inclusão total na região.

No parecer de Barboni et. al. (2014), a fisioterapia preventiva escolar, é ainda um campo de atuação bastante restrita, que precisa ser melhor explorada pelo

profissionais da área, que pode contribuir por meio da avaliação e da identificação das limitações e das dificuldades motoras do aluno com NEE.

Segundo Croker & Kentish (1999 citado por Barboni et.al. 2014), cabe ao fisioterapeuta identificar as barreiras que o aluno com necessidades especiais enfrentam no ambiente escolar, bem como as expectativas e as exigências para que ele integrar-se nesse ambiente de forma satisfatória. “Cumprir identificar as demandas que a criança enfrenta em relação ao seu enduro, sua mobilidade, força e destreza”, justifica o autor (p. 13).

Neste sentido, conforme afirmação de Veiga e Resende (2010), há que se fortalecer o projeto político pedagógico que, embora não se mostre comum na organização pedagógica é uma das necessidades de discussão dos pressupostos filosóficos, políticos, sociológicos e pedagógicos da escola. Pinstrumento, pode-se melhorar a inclusão dos alunos com NEE nas escolas regulares.

Em Manaus, que também possui grande número de crianças com necessidades educativas especiais, observa-se a necessidade de implementar projetos de equipes multidisciplinares nas escolas, e de ampliação de espaços para os profissionais de fisioterapia, que juntamente com os demais profissionais pode oferecer contribuição fundamental no processo de aprendizagem desses alunos.

Por outro lado, há que haver incentivo governamental para que haja reformulação nos currículos universitários visando à formação de profissionais mais capacitados a trabalhar em equipes multidisciplinares de crianças com NEE. É importante também que seja proporcionado especializações para os profissionais já atuantes para que se enquadrem no verdadeiro trabalho de uma equipe multidisciplinar.

Durante a investigação realizadas nas escolas focos da pesquisa, foi possível verificar que as sessões de fisioterapia nos alunos com NEE estão ainda sendo realizadas fora das salas de aulas, necessitando de aperfeiçoamento para que se promova melhoria qualitativa no emprego dessas equipes multidisciplinares.

Ficaram ainda evidenciadas diferenças estatísticas nas questões que avaliam a melhoria após uma intervenção fisioterapêutica nas salas de aula, ou seja, apesar de se observar a necessidade do trabalho em equipe, os profissionais envolvidos hoje nessa dinâmica trabalham ainda de forma muito individual, dificultando assim o processo de inclusão e melhoria no desenvolvimento educacional dessas crianças.

Alguns profissionais revelaram em suas percepções certa confusão no entendimento do que seja o processo educacional inclusivo. Isso pode ser trazido com a seguinte citação (Duek & e Naujorks, 2003, p. 3), quando diz: “[...] eu sinto [...] que muitas vezes eu excluo os outros vinte e poucos, então eu acho que não é uma coisa justa. Por isso que, às vezes, eu me questiono com a inclusão, às vezes ela procura fazer o bem, mas ela faz o bem pra poucos em detrimento de vários”.

## 4.2 Síntese Conclusiva

O eixo temático no estudo revelou que diante dos inúmeros desafios que envolvem a inclusão do aluno das necessidades educacionais especiais em escolas regulares, os profissionais da área da saúde, inserindo-se neste contexto os fisioterapeutas, estão sendo chamados a intervir no ambiente educacional, com o objetivo principal de identificar e tratar estes indivíduos, para que assim possam ter participação plena e ativa em sala de aula, e por consequência, na vida social.

A presente investigação teve como objetivo geral analisar e caracterizar o papel do fisioterapeuta nas equipes multidisciplinares no processo de aprendizagem dos alunos com NEE do ensino fundamental da rede pública de Manaus, nas escolas Carlos Gomes, São Pedro e Senador Costa Brito.

Os dados obtidos permitem concluir que:

a) 78% da amostra foi constituída por profissionais do gênero feminino; 50% são profissionais de Fisioterapia, seguido de Pedagogos (49%); 61% dos respondentes não têm formação em NEE. Os que possuem formação na área são apenas 39% dos participantes; 72% encontra-se na faixa etária de 20 a 30 anos; 65% têm até 5 anos de serviços; 78% trabalha em escola pública, com 21% atuando em Hospitais e clínicas públicas e 1% em escola privada, e 89% prestam atendimento a deficientes.

No que se refere ao papel do fisioterapeuta nas equipes multidisciplinares de sustentação aos alunos com necessidades educacionais especiais, embora nenhuma das escolas possuam este quadro funcional devidamente estabelecido e estruturado, 72% dos entrevistados apoiam a iniciativa e aprovam a participação deste profissional na equipe. Para 42% dos

profissionais avaliados a presença dos fisioterapeutas dentro da sala de aula em tempo integral melhoraria o posicionamento geral da criança facilitando o seu desempenho.

Assim, apesar dos enormes desafios enfrentados pelas escolas lócus da investigação, estas vem procurando facilitar a inclusão dos alunos com necessidades especiais, procurando oferecer os cuidados que esse alunos precisam para melhorar a sua convivência com as pessoas, e ter pleno desenvolvimento humano.

Para isso, não hesitam em buscar a contribuição de outros profissionais aptos e capacitados a intervir a favos desses alunos, como é o caso do fisioterapeuta que pode oferecer orientações aos pais, prestar informações importantes sobre as condições de saúde do alunos, enfim, disponibilizar serviços e direcionar ações de reabilitação dessa população, delineando apoio, orientação e assistência, além de atuar também na defesa dos direitos dessas pessoas, e contra as vulnerabilidades e diversas formas perversa de discriminações.

Como frisam os teóricos no estudo, cabe ao fisioterapeuta a responsabilidade de observativo e tentar desvendar quais as esperanças e as expectativas do aluno com necessidades educativas especiais e facilitar o seu desenvolvimento.

O sistema educacional na cidade de Manaus, essa ainda carece de melhorias no atendimento às crianças com necessidades educativas especiais, muito especialmente no que se refere à formação de equipes multidisciplinares para o atendimento desta população. Essa situação, sem dúvida, reflete-se de forma dolorosa na inclusão desses indivíduos, que acabam deixando a sala de aula

Diante dessa realidade, recomenda-se que:

a) os gestores das escolas e os educadores da região preocupem-se com a adoção de novas abordagens e novos modos de ensinar a capacidade de atuação junto aos alunos com necessidades educativas especiais, fazendo uso de estratégias que possam servir de apoio ao seu processo de aprendizagem;

b) que as escolas promovam a formação de equipes multidisciplinares, articulando os conhecimentos entre diferentes profissionais para a inclusão social, a construção e o resgate da cidadania das crianças com NEE, visando sobretudo, uma melhor qualidade de vida.

Por fim, que outras pesquisas abordando o assunto sejam realizadas em diferentes contextos e utilizando outras metodologias.

#### 4.3 Constrangimentos do Estudo

Por conta das características do estudo foram detectados alguns aspectos limitadores, como tempo de execução e poucos recursos humanos e financeiros, que influenciaram o número de participantes da amostra estudada, bem como também a insipiente experiência da pesquisadora em trabalhos dessa natureza que envolvem aspectos complexos, desafiante, porém gratificantes no final, por proporcionam rico aprendizado acadêmico.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5a ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Amaral, L. A. (1995). *Conhecendo a deficiência – em companhia de Hércules*. São Paulo: Rober.

Amiralian, M. P. E. (2014). Conceituando deficiência (2000). *Revista de Saúde Pública*, (34) 1, São Paulo. Recuperado em 14 de setembro de 2014 no [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000100017).

Alves, V. S. (2005). Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunicação, Saúde de Educação*, 9(16), 39-52.

Aranha, M. S. F. (2001). Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência. *Revista do Ministério do Trabalho*, 11(21), 160-173, Brasília-DF. Recuperado em 08 de setembro de 2014 no <http://www.centroruibianchi.sp.gov.br/pdf>.

Barros, F. B. M. (2002). *O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora*. Revista fisio Brasil. Rio de Janeiro.

Badaró, A. F. V. (2012). *A saúde do escolar por um olhar da Fisioterapia*. Recuperado em 30 de agosto de 2014.

Barboni, H. C. R. (2014). *Recursos Terapêuticos na Educação Especial*. Recuperado em 12 de outubro de 2014 no <http://reuni.unijales.edu.br/unijales/arquivospdf>.

Bendassolli, P. F., & Soboll, L. A. (2011). *Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações*. São Paulo: Atlas.

Bogdan, R. T. S. (1994). *Os julgados: o ponto de vista do retardo mental*. São Paulo: Atlas.

---

Blanc, J. M. L. (1992). *Currículo funcional: natural para la vida: definición y desarrollo histórico*. Centro de Educación Especial. Peru.

Braaten, S. (1988). *The regular education initiative: patent medicine for disorders*. Heward: W. L. Editora.

Brasil. (1969). *Decreto Lei nº 938 de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá providências*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 out. 1969.

Brasil. (1996). *Lei nº 9394/96, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional*. Diário Oficial da União, 23 dez, Brasília-DF. Recuperado em 13 março, 2009.

Brasil. (2001). *Diretrizes nacionais para educação especial na educação básica*. Brasília: MEC.

Brasil. (2002). Conselho Nacional de Educação. *Resolução nº 4 de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia*. Câmara de Educação Superior, Brasília-DF.

Brasil. (2007). *Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência: protocolo facultativo à convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência*. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Brasília-DF. Recuperado em 13 março, 2009, de <http://www.grupo25.org.br/download/Carthapdf>.

Brasil. (1994). *Declaração de Salamanca. Sobre princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais*. Conferência Mundial Sobre Necessidades Educativas Especiais. Salamanca, Espanha.

Brasil. (1961). *Lei nº 4024/61 de 20 de dezembro de 1961. As diretrizes e bases da educação nacional*. Diário Oficial da União, Brasília, DF.



---

Canetti, E. (2014). *O deficiente físico ao longo da História*. Recuperado em 15 de setembro de 2014 no [www.ibamendes.com/2011/02/o-deficiente-fisico-ao-longo-da.html](http://www.ibamendes.com/2011/02/o-deficiente-fisico-ao-longo-da.html).

Capra, F. (1982). *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix.

Cardoso, M. da S. (2003). Aspectos históricos da educação especial: da exclusão à inclusão uma longa caminhada. In C. D. Stobäus & J. J. M. Mosquera (Orgs.). *Educação especial: em direção à educação inclusiva* (Cap. 2, pp. 15-26). Porto Alegre: EDIPUCRS.

Carvalho, R. E. (1999). *Integração e Inclusão: Do que estamos falando?* Educação especial: tendências atuais. Série Estudo/Educação à distância: Salto para o futuro. Ministério da educação, Secretaria de Educação à Distância, Brasília-DF.

Chebabi, W. (1999). Corpo e psicanálise. In N. Villaça, F. Góes & E. Kosovski (Orgs.). *Que corpo é esse?* (pp. 76-85). Rio de Janeiro: Mauad.

Cordovil, V. R. S. (2009) *A acessibilidade de Portadores de Deficiência no Ensino Superior* (2009). Recuperado em 02 de setembro de 2014 no [www.pedagogia.com.br/artigos/deficienciaensuperior](http://www.pedagogia.com.br/artigos/deficienciaensuperior).

Correia, J. A. (1994). A educação em Portugal no limiar do século XXI: perspectivas de desenvolvimento futuro. *Educação, Sociedade e Culturas*, (2), pp. 7-30.

Correia, L. M. (2008). *Inclusão e necessidades educativas especiais: Um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. N. (1997). *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.

Dalfo, M. S. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 2(4), 1-13. Recuperado em 02 de setembro de 2014 no [http://www.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/metodopdf](http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodopdf).

---

Diniz, D. (2010). *Deficiência, Direitos Humanos e Justiça*. Revista Internacional de Direitos Humanos (11). Recuperado em 23 de setembro de 2014 no [www.surjournal.org/conteudos](http://www.surjournal.org/conteudos).

Doll, W. E. Jr. (2002). *Currículo: uma perspectiva pós-moderna* (2a ed.). São Paulo: Artmed.

Falcão, C. P. I. de A. (2001). *O desenvolvimento Educacional do deficiente especial*. São Paulo: Vozes.

Faleiros, M. H. S. (2002). *A Inclusão de alunos com deficiência mental na perspectiva de suas professoras e produções acadêmicas* Londrina: Eduel.

Faria, J. I. L., & Casagrande, L. D. R. (2004). A educação para século XXI e a formação do professor reflexivo na enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(5), 821-827.

Fávero, E. A. G. (2004). *O acesso de alunos com deficiência às escolas e classes comuns da rede regular*. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Brasília. Recuperado em 08 de setembro de 2014 no <http://www.adiron.com.br/site/uploads/File/cartilhaatual.pdf>.

F. L.B. (2011). *Breve histórico da Deficiência e seus paradigmas*. *Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia*, p. 132-144, Curitiba,. Recuperado em 20 de 2014, no <http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/extensao.pdf>.

Ferreira, L. A. M. (2001). *Direito da Pessoa e do Adolescente Especial*, vol. I. Presidente Prudente-SP : [s.ed,].

Fialho, J. T. (2014). *O Estudo de Caso Dirigido como Metodologia de Pesquisa para educação à Distância (EAD)*. Recuperado em 20 de setembro de 2014 no

<http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf>.

Forte, S. H. A. C. (2004). *Manual de elaboração de tese, dissertação e monografia*. Fortaleza: Universidade de Fortaleza.

---

Gava, A. J. (2004). *Princípios de tecnologia de alimentos*. São Paulo: Nobel.

Goffman, E.(1989). *Estigma*. Rio de Janeiro: Koogan.

Gugel, M. A.(2014) *A pessoa com deficiência e sua relação com a história da humanidade* (2014). Recuperado em 15 de setembro de 2014.

Goes, M. C. R. (2004). *Políticas e práticas de Educação Inclusiva*. Campinas – SP : Autores Associados.

Hoz, A. (1985). *Investigacion educativa: diccionario ciencias da educação*. Madrid: Ediciones Anaya.

Constant, I. B. (2014) *Os conceitos de Deficiência*. Recuperado em 16 de setembro de 2014 no [www.ibc.gov.br/?itemid=396](http://www.ibc.gov.br/?itemid=396).

Estatística, I. B. G. (2010). *Censo demográfico 2010*. Recuperado em 23 setembro, 2014, de [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br).

Jorqueira N. A. (2009). *Contribuições do Fisioterapeuta na inclusão escolar de alunos com deficiência sob a perspectiva do brincar*. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, (9)1, 76-91. Recuperado em 25 de agosto de 2014 no <http://www.mackenzie.br/fileadmin/gradupdf>.

Kassar, M. de C. M. (2004). *Matrículas de crianças com necessidades educacionais especiais na rede de ensino regular – Do que é e de quem se fala*. Campinas-SP: Autores Associados.

Kutianski, F. A. T. (2010). Da Antiguidade a Contemporaneidade: uma revisão histórica do preconceito aos deficientes físicos na sociedade. *Caderno da Escola de Educação e Humanidades* (5). Recuperado em 02 de setembro de 2014 no <http://apps.unibrasil.com.br/revista>.

LIRA, M. C. F (2011). *A pessoa cega e a inclusão: um olhar a partir da psicologia histórico-cultural*. Cad. CEDES 28(75), pp. 171-190.

---

Mayor, F.(1994). *Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais*. Brasília: Corde.

Maior, I. L. (2014). *O Acesso de alunos com deficiência às escolas e classes comuns da rede regular*. Recuperado em 12.08.2014 no <http://www.inclusive.org.br/?p=25570>.

Marques, A. P., & Sanches, E. L. (1994). *Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais*. Revista de Fisioterapia, 1(1), 5-10.

Mazzota, M. J. S. (2005). *Educação especial no Brasil: história e políticas públicas* (4. ed.). São Paulo: Cortez.

Ministério da Educação, (2006). *Saberes e práticas da inclusão – Recomendações para a construção de escolas inclusivas*. Brasília. Recuperado em 01 de outubro de 2014 no <http://portal.mec.gov.br/seesp/apdf>.

Ministério da Educação, (2007). *Plano de desenvolvimento da educação: razões, princípios e programas*. Brasília, DF: MEC.

Ministério da Educação, (2008). *Plano de desenvolvimento da educação: razões, princípios e programas*. Brasília: MEC.

Ministério da Educação, (2001). *Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica*. Secretaria de Educação Especial. MEC, Brasília-DF.

Ministério da Saúde (2003). *Fatores Etiológicos da Deficiência Mental*. Brasília. Recuperado em 02 de outubro de 2014 no <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/file/spppdf>.

Mittler, P. (2003). *Educação inclusiva: contextos sociais*. Porto Alegre: Artmed.

Nascimento, G. R. (2014). *Considerações sobre a qualificação docente para educação inclusiva em Manaus* (2014). Recuperado em 10 de outubro de 2014 em

---

<http://www.senept.cefetmg.br/pdf>.

Nogueira, C. de M. (2008). *A história da Deficiência: tecendo a história da assistência a criança deficiente no Brasil*. Monografia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Recuperado em 01 de outubro de 2014 no <http://www.apaebrasil.org.br/arquivo.phtml>

Not, L. (1990). *Educação dos deficientes mentais (1990)* São Paulo : Ed. Francisco Alves.

Novaes, R. (1998). *Pequeno histórico do surgimento da fisioterapia no Brasil*. SantaFisio.com, Santos. Recuperado em 23 setembro, 2014, de <http://www.santafisio.com/trabalhos>.

Omote, S. (2014) *Perspectivas para conceituação de deficiências (2014)*. Recuperado em 10 de outubro de 2014 no <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbepdf>.

O'Sullivan, S. B. & Schmitz, T. J. (1993). *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole.

Paim, J. S. (1996). Políticas de saúde no Brasil ou recusando o apartheid sanitário. *Ciencia e Saúde Coletiva*, 1(1), 18-20.

Pereira, L. A. & Almeida, M. J. (2006). *Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

Peranzoni, V. C. [et. al.] (2000). *A evolução do (pre)conceito de deficiência*. Recuperado em 22 de setembro de 2014 no <http://coralx.ufsm.br/revce/ceesp/2000/02>.

Pivetta, H. M. F. & Isaia, S. M. de A. (2006). *Concepções de formação e docência dos professores do curso de fisioterapia do Centro Universitário Franciscano*. Santa Maria: Editora da UFSM.

Ramos, M. A. (2009). Nota lingüística; critérios de edição; normas de transcrição. In E. Gonçalves & M. A. Ramos. *A lírica galego-portuguesa (textos escolhidos)* (2a ed., pp. 81-127). Lisboa: Editorial Comunicação.

---

Rebelatto, D. (2004). *Projeto de investimento*. São Paulo: Manole.

Rebelatto, J. R. & Botomé, S. P. (1999). *Fisioterapia no Brasil* (2a ed). São Paulo: Manole.

Rebelatto, J. R. (1986). *O objeto de trabalho em fisioterapia e perspectivas de atuação e de ensino nesse campo profissional*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo.

Ribeiro, M. (1998). *Novos rumos sobre necessidades educativas especiais: Declaração de Salamanca e a nova LDB*. III Encontro Ibero-Americano de Jovens Portadores de necessidades Especiais. II Seminário Fluminense sobre Cidadania e Inclusão. Niteori-RJ, 38-91.

Ribas, J. B. C. (1992). *O que são pessoas deficientes*. São Paulo: Brasiliense.

Rocha, M. C. (2002). *A educação especial e a proposta pedagógica de uma instituição especializada da região de piracicaba*. Dissertação de mestrado, Universidade Metodista de Piracicaba, São Paulo, 53.

ROSS, A. O. (1990). *Aspectos psicológicos dos distúrbios da aprendizagem e dificuldades na leitura*. Tradução Alexandra Fares. São Paulo: McGraw-Hil do Brasil.

Rosa N. F. (2002). *Manual de Avaliação Motora*. Porto Alegre: Artmed.

Sá, E. D. (2006). *Educação inclusiva no Brasil: sonho ou realidade?* Recuperado em 10 setembro, 2006, de <http://intervox.nce.ufrj.br>.

Sassaki, R. (1997). *Inclusão: construindo uma sociedade para todos*. Rio de Janeiro: WVA Editora.

República, S. D. H. (2012). *Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência – SNPD (2012). Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência. Brasília-DF. Recuperado em 20 de setembro de 2014 no <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br.pdf>.*

---

Silva, A. A. (2001). Analysis of the profile, areas of action and abilities of Brazilian sports physical therapists working with soccer and volleyball. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(3), 219-226.

Silva, A.(2005). A inclusão no ensino superior: “*Ninguém está preparado para trabalhar com esses alunos (...) Isso exige certamente uma política especial*”. Dissertação. Universidade do Comung (Consócio das Universidade Gaúchas). Recuperado em 02 de setembro de 2014 no <http://www.anped.org.br/reunioes/29pdf>.

Sousa, R. M. C., Calil, A. M., Paranhos, W. Y. & Malvestio, M. (2007). *A atuação no trauma: uma abordagem para enfermagem*. Rio de Janeiro: Atheneu.

Souza, M. A. De (2014). *Política Pública e a prática no atendimento educacional especializado na educação Municipal de Manaus*. Recuperado em 10 de outubro de 2014 no <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul>.

Stainback, W., S. & B. G. (1989). A rationale for the merger of regular and special education. In S. Stainback, W. Stainback, & M. Forest (Eds.). *Educating all children in the mainstream of regular education* (pp. 85-102). Baltimore: Paul H Brookes.

Vargas, R. V. (2013). *Os desafios de Incluir sem excluir*. *Revista do Professor*, (17). Recuperado em 05 de outubro de 2014 no [www.revistaoprofessor.com.br/wordpress](http://www.revistaoprofessor.com.br/wordpress).

Vieira, S. (1998). *Como escrever uma tese*. São Paulo: Pioneira.

Will, M. (1986). Educating children with learning problems: a shared responsibility. *Exceptional Children*, 52(9), 411-414.

Zoellick, R. B. (2011). *Organização Mundial da Saúde*. Recuperado em 12 de outubro de 2014 no [www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/.../relatorio\\_mundial](http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/.../relatorio_mundial).

---



---

## ANEXOS

### Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

---

## Anexo B: Carta de Anuência

---

## Anexo C: Intrumento de recolha de dados - Questionário